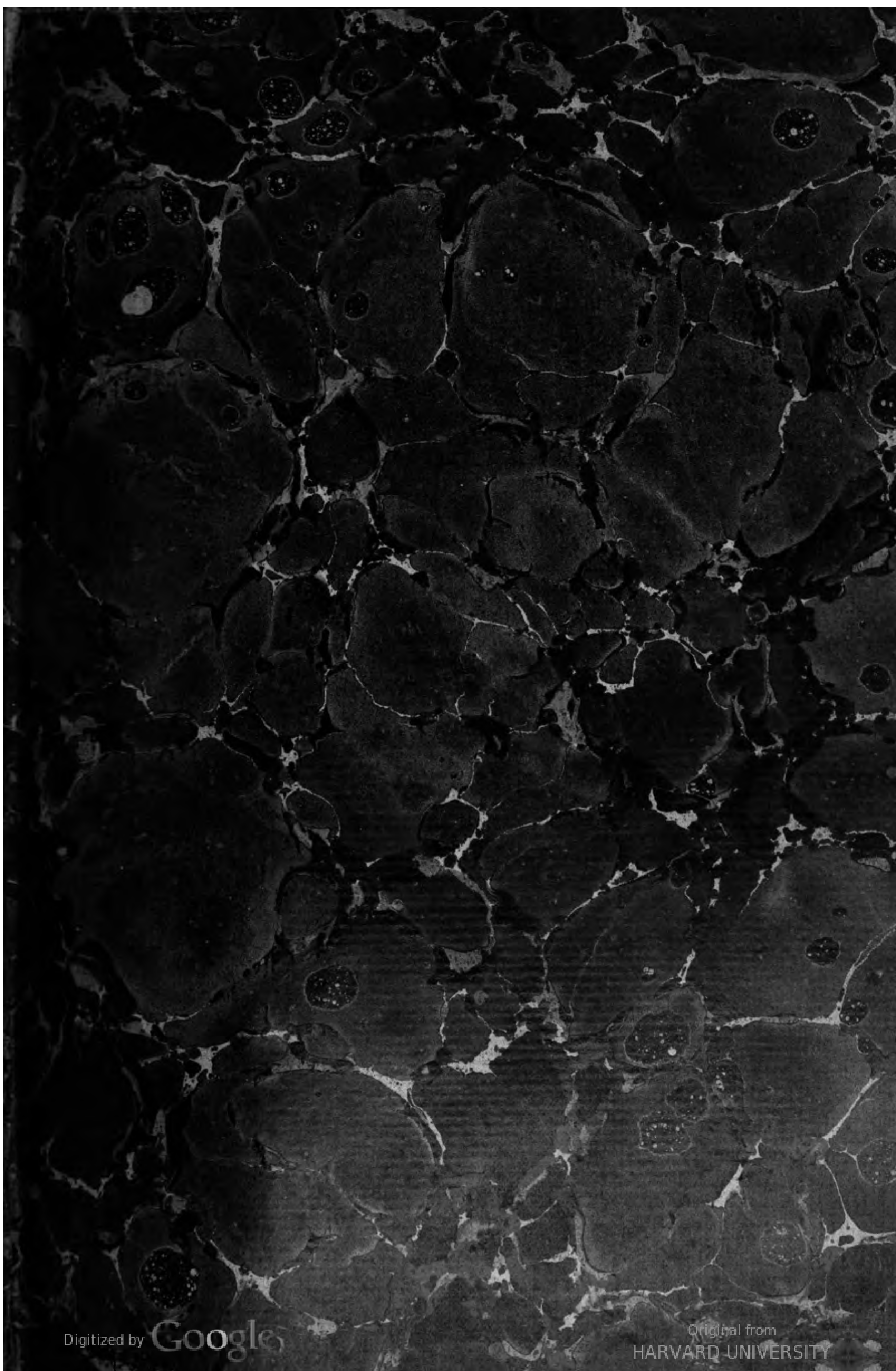


MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

FÜNFZEHNTER BAND.

1892.

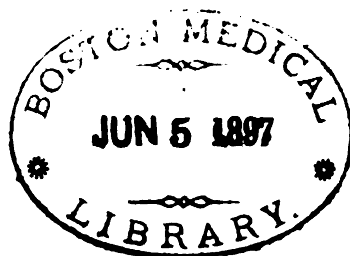
JULI BIS DEZEMBER.

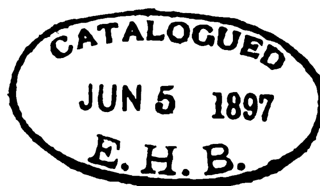
MIT DREI TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1892.





Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Versammlungen.

Besprechungen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

b. Physiologisches.

c. Mikroskopische Technik.

d. Bakteriologie.

e. Hygiene.

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

g. Pharmakologie.

Verschiedenes.

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

I. Anämien.

(Vacat.)

II. Cyanosen.

III. Ödeme.

IV. Erythantheme.

V. Blutungen.

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

a. Durch mechanische Einwirkung.

b. Durch Temperatureinwirkung.

c. Durch chemische Einwirkung.

α. Durch äufsere.

β. Durch innere.

II. Neurotische.

a. Lokale.

b. Universelle.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

β. Tuberkulose.

γ. Syphilis.

δ. *Malleus.*

(Vacat.)

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

b. der Kutis.

III. Pigmentanomalien.

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

a. Allgemeine.

b. Lokale.

II. Spezifische.

a. Allgemeine.

b. Lokale.

E. Idioneurosen.

F. Sekretionsanomalien.

(Vacat.)

G. Saprophyten und Fremdkörper.

H. Mifsbildungen.

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

b. Hoden und Samenblasen.

c. Prostata.

d. Uretheren und Nieren.

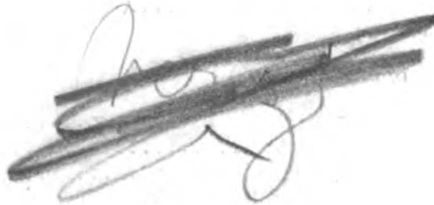
e. Labien, Vagina etc.

f. Gonorrhoe und Komplikationen.

Korrespondenz.

IV. Notizen.

VII. Verzeichnis der Abbildungen.



Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. № 1. 1. Juli 1892.

Über eine epidemisch auftretende Hautkrankheit,

welche einige Ähnlichkeit mit Ekzem und Pityriasis rubra darbot und während des Sommers und Herbstes 1891 hauptsächlich in dem westlichen Teile von London auftrat.

Von

Thomas D. Savill, M. D. Lond., D. P. H. Camb.,
Medical Superintendent of the Paddington Infirmary, London.

Sämtliche von mir beobachteten Fälle dieses Leidens traten im westlichen Gebiet der Metropole auf mit Ausnahme der im Lambeth Infirmary, das im südöstlichen Revier gelegen ist, vorgekommenen Erkrankungen. Die folgenden Bemerkungen gründen sich auf die von mir speziell behandelten 165 Fälle. Im ganzen scheinen diese zu den schwersten gehört und die höchste Sterblichkeitsziffer geliefert zu haben.

Bei einer Durchschnittszahl von 400 bis 500 Kranken im Paddington Infirmary und dem Lazarett des Arbeitshauses kommt es selten vor, daß nicht etwa ein halbes Dutzend Fälle eines mehr oder weniger lokalisierten Ekzems vorhanden sind. Gar nicht selten werden auch Fälle von akutem, allgemeinem Ekzem aufgenommen, und gelegentlich findet sich auch ein Fall von Pityriasis rubra. Solche Fälle treten im Herbste, so viel ich mich erinnere, entschieden häufiger auf; aber niemals ist im entferntesten eine derartige Anhäufung von Hautkrankheiten wie bei der vorliegenden Epidemie irgendwann zu beobachten gewesen. Von den 846 (376 männlichen und 470 weiblichen) Kranken, welche zwischen dem 1. Juli und dem 31. Oktober 1891 zur Behandlung im Infirmary und dem Lazarett des Arbeitshauses aufgenommen wurden, sind 163 (89 männliche und 74 weibliche) oder 19,2% von der in dieser Abhandlung zu beschreibenden Krankheit ergriffen worden. Anfangs hielt ich die Affektion für ein akutes, allgemeines Ekzem; als aber allwöchentlich immer frische Fälle auftraten, da fielen mir die weiter unten zu beschreibenden, bedeutsamen Unterschiede als charakteristische Merkmale auf. Bei einigen Patienten war die Krankheit nur ganz unbedeutend entwickelt, aber bei den meisten war mindestens die Hälfte der Körperoberfläche ergriffen, und viele waren über und über mit dem Ausschlag bedeckt. Einige wenige

empfanden kaum eine Störung ihrer gewohnten Gesundheit, die meisten Patienten dagegen waren durch das Jucken der Haut und die begleitende, konstitutionelle Störung in eine höchst unglückliche Verfassung versetzt.

Es muſs bemerkt werden, daſs die Krankheit nicht nur in vielen verschiedenen Krankensälen gleichzeitig ausbrach, sondern sogar auch in zwei völlig getrennten Gebäuden.[1] Im allgemeinen waren auch die einzelnen Fälle ziemlich gleichmäſsig verteilt, auſser im Kinderheim und in der Kinderstube, wo nur wenige Fälle vorkamen, welche ihrerseits auch meistenteils die zufällig anwesenden erwachsenen Kranken betrafen. Im Hospital traten im Saal I. sechs Fälle auf (derselbe beherbergt meistenteils Kinder), im Saal II. elf Fälle, ferner 14 im Saal III., 2 im Saal IV., welche alle Frauensäle sind; von den Männersälen lieferten No. V. siebzehn Fälle und im Saal VIII. vier; diese waren alle Männersäle; die Säle IV. und VIII. wurden bald nach dem Beginn der Epidemie geschlossen.

Unter dem besoldeten Personal beider Institute war eine auffällige Immunität zu konstatieren, indem die einzigen Erkrankungen meine eigene Person und eine der Mägde betrafen. Dieselben sind in den statistischen Zusammenstellungen nicht mit einbegriffen. Von den 163 Fällen waren 151 Personen zur Zeit des Befallenwerdens wegen irgend einer anderen Krankheit in Behandlung. Einer der Männer (M. LVI.) kam von auſserhalb mit dem Hautleiden zur Aufnahme zur Zeit, als viele andere Kranke bereits befallen worden waren. Nur fünf männliche und sechs weibliche Kranke wurden unter den Insassen des eigentlichen Armenhauses konstatiert.

Zunächst will ich über einen Fall berichten, der wohl als typisch gelten kann, und zum Schluſs will ich einige allgemeine Bemerkungen auf Grund einer Analyse der Fälle anführen.

Einige der ersten Erkrankungen traten im Saal VI. der Infirmary auf; der vierte Fall in diesem Saal war Joseph D., ein 63jähriger Schuhmacher. Es traf sich, daſs der im nächsten Bette liegende Patient (M. VI.) seit neun Tagen bereits erkrankt gewesen war.[2] Ferner traf es sich, daſs das nächste Opfer im nächsten Bett auf der anderen Seite des Betreffenden lag, und der vierte Patient im folgenden Bett, indem die Nummern der

---

[1] Das Krankenhaus von Paddington ist ebenso wie dasjenige von Marylebone, wo zur selben Zeit eine ähnliche Epidemie auftrat, ein neu erbautes Gebäude, das mit jedwelcher Errungenschaft der modernen Hygiene ausgestattet ist. Das alte Lazarett des Armenhauses ist ein Teil dieses letzteren, ist von dem Infirmary vollständig getrennt und wird von einem besonderen Verwalter geleitet. Das Personal der zwei Institute ist jedes für sich vollständig getrennt, und die Gebäude sind auch voneinander getrennt. Das einzige, was beiden gemeinsam ist, sind die Ärzte, welche beiden Instituten zugeteilt sind, und die Verwaltungsbehörde, welche beiden vorsteht.

[2] Diese Nummern haben Bezug auf die Aufzeichnungen über die einzelnen Fälle, und es stehen die Krankengeschichten stets zur Einsicht zur Verfügung.

betreffenden Betten der Reihe nach 12, 11, 10 und 13 waren. Bemerkenswert ist noch, dafs nur dreizehn von den zweiunddreifsig Patienten in diesem Saal der Krankheit entgingen.

D. ist ein kleiner Mann, mifst nur vier Fufs fünf Zoll und wiegt nur 84 Pfund; er hat eine Verkrümmung der Wirbelsäule, erfreut sich aber im allgemeinen einer guten Gesundheit. Die Anamnese ergiebt keinerlei hereditäre Belastung mit Rheumatismus, Gicht, Phthise oder anderen Krankheiten; er selbst aber hatte, wie er uns mitteilte, an gelegentlichen gelinden Attacken von „Rheumatismus" schon seit vierzig Jahren gelitten, und es war wegen eines subakuten Anfalls dieser Krankheit seine Aufnahme nötig geworden. In seinem ganzen Leben hatte er nie zuvor an irgend welcher Hautkrankheit gelitten, und seine Haut war, wie er sich selber ausdrückte, stets „aufserordentlich hell und blafs gewesen mit einer gewissen Neigung zur Trockenheit."

Seine Aufnahme erfolgte am 13. März 1891 wegen Schmerzen, Anschwellung und anderer Symptome, welche auf eine rheumatische Entzündung einiger der Gelenke und Fascien des rechten Armes und Beines hinwiesen. Ohne uns auf Details weiter einzulassen, genügt die Angabe, dafs der Kranke offenbar an Rheumatismus und nicht an Gicht litt; und es erscheint die Schlufsfolgerung gerechtfertigt, dafs die Attacken, an denen er bei früheren Gelegenheiten gelitten hatte, und welche seiner Angabe nach genau der gleichen Art gewesen waren, ebenfalls rheumatischer Natur gewesen sind. Es wurde ihm Guajakol verschrieben, und auf die Schulter wurden Blasenflaster appliziert, wobei denn allmählich Besserung eintrat. Ende Juni befand er sich ganz wohl und stand fast jeden Tag auf. Es war bereits davon die Rede, ihn aus dem Hospital zu entlassen, als er (am 4. Juli) der Saalschwester klagte, dafs er einen erheblichen „Juckreiz" auf der Haut und namentlich am Arme empfinde. Es war zur Zeit gar nichts zu sehen, aber am nächsten Tage machte sich ein feiner, papulöser Ausschlag auf der Vorderseite des rechten Vorder- und Oberarms bemerkbar. Derselbe bestand aus dicht gesäten Papeln mit ziemlich starker, allgemeiner Hyperämie und Verdickung der Haut. Am sechsten Tage (dem 10. Juli) hatte sich der Ausschlag auch auf das Gesicht und den Kopf ausgedehnt. Am folgenden Tage waren neue, isolierte Flecke an den Handtellern, der Vorder- und Hinterfläche des linken Ellbogens aufgetreten und auch auf der Vorderfläche der Beine, welches Gebiet sich noch weiter von dem zuerst ergriffenen Teile befand; inzwischen hatten die ursprünglich befallenen Teile sich wieder gebessert. Es entwickelten sich dabei niemals Bläschen, aber die Epidermis schuppte bald teils kleienförmig, teils in gröfseren Fetzen an den Händen und Füfsen ab.

Ungefähr am zehnten Tage zeigte der Ausschlag eine Wendung zum Besseren, und es schien, als ob derselbe bald abheilen würde; aber am vierzehnten Tage trat eine intensive, allgemeine Verschlimmerung ein. Der Ausschlag war nunmehr symmetrisch verteilt, und es wird (unterm 17. Juli) notiert, dafs derselbe „starkes Jucken und Brennen verursachte und den Schlaf unmöglich machte". Der Rücken ist fast durchweg mit einem papulösen Ausschlag bedeckt, der sich in der Entwickelung einer kleienförmigen Abschuppung befindet. Die Arme und Beine sind mit ähnlichen Flecken bedeckt, desgleichen die Hände sowohl auf der Dorsal- wie der Volarseite bis zu den Fingerspitzen. Das Gesicht und der gröfsere Teil der Kopfhaut (sowohl an den behaarten wie an den kahlen Stellen) sind gleichmäfsig gerötet und verdickt (ohne Papelbildung) und stellenweise mit kleinen Schuppen bedeckt. Die Ohren sind am allerstärksten ergriffen und sondern reichlich ab."

Die einzige Stelle, welche bei diesem Falle Bläschen aufwies, war die Haut

hinter den Ohren; anderswo ist ein Stadium der Blasenbildung nicht aufgetreten oder ist zum wenigsten der Beobachtung entgangen.

Am 21. Tage war bereits fast die gesamte Körperoberfläche ergriffen; die Haut war von karmoisinroter Farbe, entzündet und geschwollen und zeigte eine allmählich zunehmende Ablösung der Epidermis. Letztere löste sich in Schüppchen und Fetzen von verschiedentlicher Ausdehnung ab und zeigte hier und dort, namentlich aber an den Gelenkbeugen mehr oder weniger tiefe Risse, durch welche Flüssigkeit in geringer Menge aussickerte; im übrigen und zum gröfseren Teile war die entzündete Haut trocken und brennend heifs.

Die Konjunktiven waren entzündet und sonderten eine serös-eiterige Flüssigkeit ab; der Geruch, der von der Haut ausging, war zum Übelwerden.

Dieser bedauernswerte Zustand blieb mehrere Tage unverändert. Die Haut war wund und auf Berührung äufserst empfindlich, so dafs der Kranke keinen Versuch wagen konnte, das unerträgliche Jucken und Brennen zu lindern, und dafs selbst die blofse Berührung der Bettdecken schmerzhaft empfunden wurde. Ungefähr am 25. Tage des Bestehens der Affektion fing die Schwellung an nachzulassen, aber die Rötung und Abschuppung hielten noch einige Wochen länger an. Am 12. August wurde folgendes konstatiert: „Augenlider stark verdickt, Augen rot und thränend. Gesamte Körperoberfläche gerötet und in mäfsig grofsen Schuppen sich ablösend." Herr Jonathan Hutchinson sah den Patienten ungefähr zu dieser Zeit, in der 6. Woche der Krankheit, und äufserte sich dahin, dafs „es schwierig sein dürfte, in diesem Stadium den Fall von Pityriasis rubra zu unterscheiden; die allgemeine, desquamierende Dermatitis sei genau wie die bei jenem Leiden vorkommende."

Ungefähr in der 7. Woche nahm die neue Haut allmählich eine gelblich braune Farbe an und fing an gespannt und trocken auszusehen wie Pergament. Am Gesicht führte diese Spannung zur Ektropionierung der Augenlider. Dieses Stadium hielt eine beträchtlich lange Zeit an, und es dauerte bis zur 8. oder 9. Woche, ehe die Haut in die normale Beschaffenheit wieder überzugehen anfing, und sogar dann behielt sie noch eine gewisse Neigung zur Schuppenbildung bei.

Während dieser ganzen Zeit litt der Patient an hochgradiger Schwäche und Hinfälligkeit; eine Zeitlang klagte er über ein Gefühl, als ob er durch das Bett hindurch fallen sollte. Die Zunge war zuerst belegt, war aber später wund und abgeschält wie die Haut. Die Verminderung des Appetits war sehr erheblich und steigerte sich fast bis zum Ekel gegen jede Nahrung. Manchmal war ihm übel, doch kam es nie zum Erbrechen, und es trat auch keine Diarrhöe ein. Die Schwäche dauerte lange (mehrere Wochen), nachdem die Hautentzündung nachgelassen hatte, an, aber die Wiederkehr des Appetits war das erste Zeichen der Besserung, und derselbe wurde bald so unersättlich wie bei einem Rekonvalescenten nach Abdominaltyphus. Die Temperatur wurde während der ganzen Krankheit regelmäfsig bestimmt, es fanden sich aber keine oder nur sehr geringe Steigerungen, indem gelegentlich Temperaturen von 38,2 C. konstatiert wurden. Der Urin war bei der Aufnahme normal gewesen, zeigte aber, als die Affektion ihren Klimax erreichte, bei verschiedenen Gelegenheiten eine Spur Eiweifs. Dasselbe stellte sich zuerst ein während der vierten Krankheitswoche (28. Juli) und hielt ununterbrochen 6 oder 7 Wochen lang nach der Wiederherstellung an bis zum 6. Oktober, von wo ab es verschwand. Gleichzeitig bestand auch Ödem der Beine.

Im ganzen kann man rechnen, dafs die Primärattacke der Krankheit acht Wochen dauerte. Dem Ausschlag folgten zweimal unbedeutende Rückfälle von lokaler Entzündung, nämlich nach zwei Wochen (am 17.

September) an den Armen und der Brust und nach acht Wochen (am 23. Oktober) an den Beinen. Drei Wochen nach dem Abblassen des Ausschlags machte er einen leichten Anfall von Pleuritis durch.

Die auffällige Besserung des Ausschlags während der zweiten Woche ist eine bemerkenswerte Erscheinung bei diesem Falle. Ein ähnlicher Nachlafs mit nachfolgender Verschlimmerung von verdoppelter Heftigkeit kam in den Anfangsstadien bei vielen der Fälle vor.

Bei diesem Kranken folgte dem Ausschlag eine über den ganzen Körper verbreitete, chokoladenfarbige Pigmentierung der Haut.[3] Die Nägel wurden abgestofsen, und das Kopfhaar fiel aus, so dafs er vollständig kahl wurde.

Alle Behandlung erwies sich in diesem Falle als vergeblich. Warme Bäder mit Soda, welche einen um den anderen Tag gegeben wurden, linderten das brennende Gefühl, als der Ausschlag seinen Höhepunkt erreicht hatte, und kühlende Lösungen schienen die Entzündung einigermafsen zu vermindern.

Definierung.

Dieser Fall mag als ziemlich typisch erachtet werden. Sämtliche 163 Fälle zeigen, obgleich in einzelnen Details erheblich voneinander abweichend, doch im ganzen eine entschiedene Ähnlichkeit unter einander; und wie auch immer man sich die Entstehung der Epidemie erklären mag, so hege ich gar keinen Zweifel, dafs alle die Herren Kollegen, welche die Fälle untersucht haben, zugeben werden, dafs es sich bei allen um eine und die nämliche Krankheit handelt und um ein einziges pathologisches Wesen, obgleich die Patienten untereinander sowohl der Art als der Intensität nach Unterschiede aufwiesen, ebenso wie dies bei Ekzem, Varizellen, Masern zu geschehen pflegt.

Will man eine beschreibende Bezeichnung des Leidens aufstellen, so kann man, glaube ich, mit folgenden Worten das Wesen sämtlicher von mir beobachteten Fälle zusammenfassen: — Ein kontagiöses Leiden, bei welchem die wesentlichste Störung eine Dermatitis darstellt, die manchmal von Bläschenbildung begleitet ist, immer aber zu einer Abschuppung der Oberhaut führt; dasselbe ist gewöhnlich mit einem gewissen Grade von Störung des Allgemeinbefindens verbunden und nimmt einen mehr oder weniger cyklischen Verlauf von sieben oder acht Wochen Dauer.

Die Hautaffektion.

Zum Zwecke der Beschreibung thut man gut, den Ausschlag nach drei verschiedenen Stadien einzuteilen:

---

[3] Bei der Vorstellung des Patienten in der Medical Society am 30. November war die Pigmentierung noch deutlich vorhanden.

1. Das papulo-erythematöse Stadium (dauert drei bis acht Tage).

a) Der Ausschlag begann häufig in der Form eines umschriebenen, papulösen Erythems. Fast sämtliche ernstere Fälle begannen als ein erythemato-papulöser Ausschlag, worunter ich eine hyperämische Fläche verstehe, auf welcher zahlreiche, schrotkornähnliche, papulöse Erhebungen zu sehen oder noch besser zu fühlen waren. Gewöhnlich bestand eine erhebliche Induration und Verdickung und an den Stellen mit losem Zellgewebe auch Ödem. Gegen den Rand zu nahm dies immer mehr ab und endigte bald mit, bald ohne einen scharf abgeschnittenen, erhabenen Rand, außerhalb dessen noch einige zerstreute Papeln zu finden waren.

b) Eine andere Weise der Entwickelung (14 von den 163 Fällen, 8 männlich und 6 weiblich) zeigte etwas erhabene, hyperämische Stellen mit einem scharf abgeschnittenen Rande und kreisförmigen Konturen (wie bei Erythema nodosum oder Erythema papulatum).

c) Sechs von den Fällen fingen mit einer oder mehreren flachen Papeln an, welche, sich allmählich vergrößernd, ein Aussehen annnahmen, das große Ähnlichkeit mit Herpes tonsurans des Körpers hatte; d. h., es fand sich ein kreisförmiger, hyperämischer Ring, welcher ein tiefer liegendes, mit minimalen Bläschen bedecktes Gebiet einschloß. Auf die Bedeutung dieser Fälle wird weiter unten näher eingegangen werden.

Bei der nässenden Form entwickelten sich ungefähr am dritten oder vierten Tage die Bläschen, doch hatte man selten die Gelegenheit, sie in unverletztem Zustand zu beobachten, da sie ganz außerordentlich fragil waren; wenn sie ganz blieben, wurde der Inhalt wie gewöhnlich trübe. Von dem einem Falle, bei welchem die Bläschen ungewöhnlich groß waren, gelang es mir, etwas von dem Inhalt eines unverletzten Exemplars zum Zwecke der bakteriologischen Untersuchung zu gewinnen.

2. Das Stadium der Ausschwitzung oder der Abschuppung (dauert drei bis acht Tage). Einerlei, ob Bläschen sich entwickelten oder nicht, und ob der Ausschlag als Papeln oder Maculae sich zuerst entwickelte, so wurden diese bald konfluent, und man hatte dann das Bild einer verdickten und verhärteten Haut von karmoisinroter Farbe und mit kontinuierlicher Ablösung der äußeren Fläche in Schuppen oder Fetzen von verschiedener Größe und gelegentlicher Ansammlung getrockneten Exsudates.

Je nach dem Vorhandensein oder Fehlen dieses Exsudates kann man diese Fälle in zwei Gruppen einteilen. Bei der einen, der „feuchten“, Form folgten Bläschen und eine ergiebige Ausschwitzung auf die Papelbildung, während bei der anderen, der „trockenen“, Form ein exsudatives Stadium gar nicht hervortrat oder jedenfalls von nur höchst kurzer Dauer war, indem, soweit sich konstatieren ließ, die Affektion von Anfang bis

zum Ende stets trocken blieb. Die erstere, „feuchte", Art hatte große Ähnlichkeit äußerlich mit akutem Ekzem, während die letztere der Pityriasis rubra ähnelte. Ungefähr zwei Drittel der Fälle wurden als zur „feuchten" oder ekzematösen Form gehörig verzeichnet. Überhaupt gab es nur sehr wenige ausgesprochene Fälle, die nicht zu einer oder der anderen Zeit des Verlaufs einen gewissen Grad von Feuchtigkeit entweder an den Beugeflächen der Gelenke oder hinter den Ohren aufwiesen.

Die Haut verblieb mehrere Tage oder Wochen in diesem karmoisinroten Zustand bei anhaltender Ablösung der Epidermis, welche nicht bloß ein oder zwei Male, sondern sehr häufig sich wiederholte. Die Größe dieser Abschuppungen variierte erheblich; bald hatte man es mit einem kaum greifbaren Puder, bald mit vollständigen Abzügen einer ganzen Hand zu thun. Bei keinem einzigen Falle aber war nicht wenigstens eine Andeutung dieser Abblätterung zu finden.

3. Rückbildungsstadium. Allmählich ließ die Entzündung nach und hinterließ eine zwar verdickte, indurierte, aber wie poliert aussehende, braune Haut. In vielen Fällen hatte die neue Haut ein rohes, pergamentartiges, glattes, glänzendes Aussehen und trug hier und da manchmal kleine Risse, was an Ichthyosis vera erinnerte. Am Gesicht führte diese Spannung der Haut zur Ektropionierung der Augenlider.

Bei vielen Fällen nahm die Haut unter den anderen Faktoren des Ausschlags auch noch eine purpuraartige Beschaffenheit an. Dieses war größtenteils während der späteren Stadien des Leidens und namentlich bei betagten Leuten zu beobachten. Ich habe aber auch, abgesehen von dieser Epidemie, mehrmals beobachtet, daß Hautkrankheiten bei alten Leuten überhaupt sehr zu einer derartigen Komplikation geneigt sind, wahrscheinlich infolge der oftmals krankhaften Beschaffenheit ihrer Blutgefäße. Bei einigen Patienten zeigte die Krankheit während ihres ganzen Verlaufs diese Eigenschaft.

Tabelle A.

Zur Erläuterung der Frage nach der Häufigkeit, mit welcher verschiedene Teile des Körpers zuerst erkrankten.

	Männliche Fälle	Weibliche Fälle	Summe der Fälle	Prozentsatz
Ober- und Vorderarme	25	12	37	22,6
Gesicht und Kopfhaut	15	20	35	21,4
Füße und Unterschenkel	11	13	24	14,7
Hände	15	7	22	13,4
Rücken	8	5	13	7,9
Hals	3	9	12	7,3
Brust oder Bauch	7	5	12	7,3
Ohren	3	2	5	3,0
Oberschenkel und Leisten	2	2	4	2,4

Die zuerst befallenen Teile. Der Ausschlag fing stets als ein kleiner Fleck von variabler Gröſse an; derselbe entwickelte sich, breitete sich aus und blaſste unabhängig von den an anderen Stellen lokalisierten manchmal allmählich wieder ab. Die vorstehende Tabelle A zeigt die relative Häufigkeit, mit welcher die verschiedenen Körperteile zuerst befallen wurden.

Art und Weise der Ausbreitung und Verteilung.

Da nicht alle Teile des Körpers gleichzeitig ergriffen wurden, so folgt hieraus, daſs verschiedene Stellen oft verschiedene Entwickelungsgrade des Leidens darboten. Es schien, als ob der Ausschlag die Neigung hatte, an den Hautfalten sowohl zu entspringen, als auch sich dort am stärksten zu entwickeln, so z. B. an den Gelenkbeugen, unter den Brüsten, hinter den Ohren etc.

Bei genau der Hälfte der Fälle bedeckte sich früher oder später der gesamte Körper mit dem Ausschlag. Bei anderen Fällen hingegen beschränkte sich die Affektion auf einzelne Flecke von variabler Gröſse; bei diesen war dann die hochgradige Verdickung der affizierten Haut durch den Vergleich mit dem gesunden Derma um so mehr in die Augen springend. Bei einigen der jüngeren Fälle war der Ausschlag durchaus unbedeutend und hätte unter der Bezeichnung Ekzem klassifiziert werden können. Manchmal war die gröſste Vorsicht nötig, um alle derartigen Fehlerquellen zu vermeiden, und wenn die Affektion, die ich hiermit zu schildern unternommen habe, früher bereits vorgekommen ist, so erscheint es durchaus wahrscheinlich, daſs die leichteren Fälle derselben als Ekzem, die schwereren als Pityriasis rubra geführt worden sind.

Ich lieſs es mir sehr angelegen sein zu erfahren, ob die Ausbreitung des Leidens auf der Haut durch Auswachsen von den angrenzenden Teilen her stattfand, oder ob dieselbe jemals an zwei entfernteren und völlig unzusammenhängenden Teilen gleichzeitig hervortrat. Auf diese Weise hoffte ich die Frage zu entscheiden, ob das Leiden durch ein rein lokales Agens, das auf der Haut hinkroch und sekundäre allgemeine Wirkungen hervorbrachte, bedingt sei, oder vielleicht anderseits durch irgend ein allgemeines Gift im Blute oder vielleicht auch durch eine allgemeine Einwirkung auf die Nerven, welche die Hautgewebe als ihr Wirkungsgebiet auswählte und gleichzeitig auf eine oder mehrere entfernte Hautteile einwirkte.

Bei der Mehrzahl der Fälle fand jedenfalls die Ausbreitung von den angrenzenden Teilen her statt, oder auch es war die Möglichkeit nicht auszuschlieſsen, daſs eine Berührung der betreffenden Teile des Patienten oder mit den Bettdecken stattgefunden haben mag. Es ist kein einziges klares Beispiel vom Gegenteil, welches die Probe einer eingehenden und

kritischen Prüfung bestanden hätte, mir begegnet. Bei einigen Fällen erwies sich ein anscheinend simultanes Ergriffenwerden zweier getrennter, unzusammenhängender Teile nicht als wirklich simultan. Bei anderen war es sehr gut möglich, daſs die befallenen Teile miteinander in Berührung gekommen sein mochten, wie die Innenflächen der beiden Oberschenkel, oder wiederum mit derselben Stelle der Bettdecken, wie etwa die Hände und das Gesicht. Von anderen hinwieder ergab die genauere Nachforschung, daſs sie vorher schon vom Ausschlag befallen gewesen waren, und daſs derselbe nur eine zeitweilige Remission erlitten hatte. Zu einem derartigen Trugschluſs hätte ich mich bei dem Patienten M. LXXXIX fast verleiten lassen. Der Ausschlag trat am 10. Oktober hervor und blieb anscheinend auf Arm und Rücken beschränkt. 36 Tage nachher entwickelte sich ganz plötzlich im Laufe der Nacht des 14. November eine sehr intensive Attacke, welche den ganzen Rumpf und die Extremitäten ergriff, wobei viele neue und voneinander weit entfernte Stellen im selben Augenblick befallen wurden. Beim Nachforschen fand sich indessen, daſs diese sämtlichen Teile zu einer oder der anderen Zeit bereits früher erkrankt gewesen waren, und daſs sie somit nur alle gleichzeitig von neuem sich verschlimmert hatten.

Es war das allergewöhnlichste Vorkommnis, daſs der Ausschlag anfangs in ganz geringfügigem Grade auftrat, dann im Laufe weniger Tage abblaſste, als ob der Anfall abortiv verlaufen wollte, um dann in ein akuteres Stadium überzugehen und mit verdoppelter Energie sich fortzupflanzen. Dieses Verhalten wurde bei dem zuerst beschriebenen Falle beobachtet und fand sich bei vielen anderen wieder.

Wir haben gesehen, daſs der Ausschlag am häufigsten auf den oberen Extremitäten und am Gesicht seinen Anfang nahm, und daſs bei der groſsen Mehrzahl derselbe gradatim nach abwärts sich ausbreitete, so daſs die Füſse zuletzt befallen wurden.

Bei sehr vielen Patienten war eine entschiedene Neigung zur Symmetrie zu konstatieren — wenigstens nach dem ersten, „miſslungenen Start“. Beim allerersten Anfang war freilich diese Symmetrie in der Verteilung keineswegs immer vorhanden — so ging bei M. XXX die Affektion von mehreren isolierten und asymmetrischen Herden aus; aber in den späteren Stadien war oft eine sehr ausgesprochene Symmetrie der befallenen Teile zu konstatieren.

Die anderen Gebilde der Epidermis — Haare und Nägel — beteiligten sich in den späteren Stadien auch an dem Leiden. Die entstehende Alopecie verschonte keinen einzigen Körperteil; Augenbrauen, Wimpern, Schamhaare fielen alle aus. Dabei war es nicht nötig, daſs die so affizierten Partien zuvor von dem Ausschlag ergriffen worden waren, denn

bei einigen Kranken, z. B. W. XLVIII war auf dem Kopf (trotz sorgfältiger Beobachtung daraufhin) kein Ausschlag zu sehen gewesen, und doch fielen nachher die Haare aus; in analoger Weise waren bei einem anderen Fall die Handteller und Finger dem Leiden entgangen, und doch wurde später die Epidermis in grofsen Fetzen abgestofsen.

Die allgemeinen und subjektiven Erscheinungen.

Allgemeinerscheinungen der einen oder der anderen Art waren fast bei allen Fällen zu bemerken, doch traten dieselben bei einigen Patienten nur in sehr geringem Grade auf. In der Regel schienen sie in einem gewissen Verhältnis zu der Intensität und Ausdehnung der Hautaffektion zu stehen, doch trifft dies nicht für alle zu. Zwei Symptome, welche bei weitem am häufigsten zu finden waren, sind Appetitlosigkeit und Hinfälligkeit. Bei einigen wenigen Fällen gingen dem Auftreten des Ausschlags (s. a. weiter unten) Schwäche oder ein Gefühl der Erschöpfung und Herabsetzung des Appetits um einige Tage voraus, und bei fast sämtlichen dauerte die Schwäche noch eine beträchtliche Zeit nach der Wiederherstellung fort. Bei allen ernsteren Fällen war dieselbe sehr ausgesprochen und hatte mehr als irgend etwas anderes einen grofsen Einflufs in der Herbeiführung des lokalen Ausgangs.

Der Ausschlag trat öfters in nur geringerem Umfange auf, trotzdem die Asthenie sehr erheblich war und noch wochenlang anhielt, nachdem alles Andere beseitigt war. Bei den intensiveren Fällen war der hochgradige Durst eine auffällige Erscheinung. Besonders mufs aber nochmals betont werden, dafs die einzelnen Fälle graduell ganz beträchtlich verschieden waren; freilich waren bei den leichteren Erkrankungen die Allgemeinerscheinungen von geringer Bedeutung und hätten bei oberflächlicher Beobachtung leicht übersehen werden können; jedoch war wenigstens eines der drei Symptome, Appetitlosigkeit, Asthenie oder Durst immer vorhanden. Die Abschuppung der Epidermis im Verein mit dem einen oder dem anderen dieser drei Symptome bei Abwesenheit von Fieber und bei der Möglichkeit Scharlach mit Bestimmtheit auszuschliefsen, genügt eigentlich, um die Affektion zu charakterisieren.

Die Temperatur war während des Anfangsstadiums des Ausschlags gewöhnlich normal oder sogar, bei vielen der älteren Patienten, subnormal. Während der späteren Stadien, wenn die Haut in gröfserer Ausdehnung oder in höherem Grade sich entzündete, stieg das Thermometer auf 38,1° oder 38,7° des Abends, um meistenteils am nächsten Morgen wieder zur Norm zurückzukehren. Wenn das Fieber noch höher stieg, so deutete dies meistens auf die Entwickelung von Furunkeln oder irgend eine andere lokale Entzündung.

Die fast typische Kurve zeigt eine lang andauernde, intermittierende Apyrexie mit Morgentemperaturen von etwa 36,1° C. oder 36,6° und

ungefähr normalen Abendtemperaturen; dazwischen hier und dort ein Anstieg bis zu 37,7° oder 38,6° während einzelner Tage. Es war nicht immer möglich, eine hinreichende Erklärung für diese gelegentlichen Steigerungen aufzufinden. In vielen Fällen beruhten sie auf der Entwickelung von Furunkeln oder von anderen lokalen Entzündungen, aber manchmal war es ganz unmöglich, irgendwelche derartigen Herde zu entdecken. Das Fieber stieg wohl bis zu 38,6° bei einer ein- bis zwei- oder dreitägigen Dauer. Der An- und Abstieg fand fast immer plötzlich statt und hatte entschiedene Ähnlichkeit mit dem Ansteigen und Abfallen bei chirurgischen Fällen, wenn der Abfluſs von Eiter plötzlich verschlossen und dann wieder freigelegt wird. Mit einer einzigen Ausnahme zeigten sämtliche letal verlaufenden Fälle eine allmähliche Abnahme der Temperatur bis unter die Norm und ein Verharren in dieser Verfassung während mehrerer Tage vor dem Eintritt des Todes. Dieses Verhalten läſst sich durch den intensiven Kollaps erklären. Bei dem einen Patienten hingegen (M. XIV) stieg die Temperatur während der letzten sieben Tage des Lebens allmählich bis auf 38,3°.

Subjektive Erscheinungen. Dieselben bestanden in einem intensiven Reiz und Juckgefühl und einem brennenden Schmerze. Bei den schlimmsten Fällen war der Zustand der Patienten in der That äuſserst bedauerlich; nach der Ablösung der Epidermis war die Haut ganz wund und auf Berührung äuſserst empfindlich, so daſs das Gewicht der Bettdecken selbst kaum zu ertragen war. Der saure Geruch, welcher bei den ernsteren Krankheitsfällen (wenigstens der Hälfte aller Erkrankungen) hervortrat, machte sich jedermann bemerkbar.

Schlaflosigkeit trat sehr häufig ein. Bei den meisten Fällen war dies zur Genüge erklärt durch das intensive Jucken der Haut, das nachts immer schlimmer wurde, aber bei einigen (z. B. M. XXXI. aet. 40) beruhte die Störung offenbar auf einer intensiven Reizbarkeit des Nervensystems.

Verlauf und Modus des letalen Ausgangs.

Verlauf. Die Krankheit begann und endigte allmählich, so daſs es manchmal einige Schwierigkeit machte, das genaue Datum eines jeden dieser Vorgänge festzustellen. Vom Ende gilt dies noch mehr als vom Anfang. Sehr häufig ging dem Ausbruch ein Gefühl von Jucken oder Kriebeln in der Haut ohne irgendwelche sichtbaren äuſseren Zeichen um einige Tage voraus. Manchmal bestanden zuerst ein Gefühl von Unbehagen und Appetitlosigkeit ein paar Tage lang (z. B. die Fälle M. XXVII und M. XXXVIII).

Bei allen Fällen endigte die Krankheit mit einer Lysis. Wenn man als Ende die Genesung von der primären oder hauptsächlichen Attacke annimmt, so betrug die Dauer der Krankheit bei den Männern im

Durchschnitt 7,24 Wochen, bei den Weibern 7,32, also bei allen zusammengenommen durchschnittlich 7,27 Wochen.

Exacerbation oder Rezidiv war ein gewöhnliches Vorkommnis bei dieser Epidemie; dasselbe trat ein bei 52 der Kranken; 28 hatten einen Rückfall, 12 hatten zwei, und 10 hatten drei oder mehrere. Der eine Patient (M. XXII) hatte neun Rezidive und einer (M. LXIV) hatte zehn. Es ist eigentümlich, daſs diese beiden nicht aufhörten Rezidive zu bekommen, bis die Epidemie überhaupt beendet war, was die Vermutung nahelegt, daſs das Ende der Krankheit bei denselben weniger durch Erschöpfung des von ihren Körpern gelieferten Nährbodens bedingt war, als vielmehr durch das Verschwinden des Giftstoffes aus der sie umgebenden Luft.

Art und Weise des Ausgangs. — Mehrere Patienten wurden zwar von dem Ausschlag vollständig wieder befreit, doch erholten sie sich nicht von der Schwäche, an welcher sie schlieſslich zu Grunde gingen. Unter den Allgemeinerscheinungen befanden sich zwei auf das Nervensystem bezügliche, die besonders bemerkenswert sind, da sie nur bei den schwereren Fällen vorkam, nämlich Muskelzuckungen oder „Subsultus tendinum", wie der Ausdruck gewöhnlich lautet, und ein seichtes, seufzendes Respirieren ohne andere Zeichen von Lungenerkrankung. Einzeln oder vereint, diese Symptome waren immer von der ernstesten Bedeutung; sämtliche 18 letal verlaufene Fälle wiesen das eine oder andere derselben auf. Sie starben alle unter ziemlich den gleichen Erscheinungen. Die Schwäche wurde intensiv und war von Somnolenz begleitet; indessen blieben die Kranken bei Bewuſstsein bis etwa 24 oder 48 Stunden vor dem Tode. Allmählich steigerte sich die Somnolenz bis zum Koma, welches ohne Komplikation mit Krämpfen (auſser in dem einen Fall, M. LX) den Akt abschloſs. Das Auffälligste in Bezug auf den psychischen Zustand gegen Ende des Lebens war die Schläfrigkeit; nur einige wenige hatten nachts Delirium. Man konnte die Kranken aufrütteln, so daſs sie auf Fragen antworteten, aber sie verfielen sofort hinterher wieder in Schlaf.

Symptome von seiten anderer Organe.

Intestinalkanal. — Nächst dem Ausschlag und der Hinfälligkeit war zweifelsohne die totale Appetitlosigkeit unbedingt das wichtigste Symptom fast bei allen Kranken. Die sich geradezu bis zum Ekel steigernde Abneigung gegen jede Nahrung, die oft gleichzeitig mit dem Ausbruch des Ausschlags eintrat, war nur aufgewogen durch den sich mit der Rekonvaleszenz einstellenden unersättlichen Heiſshunger.

Die Zunge war anfangs mit einem dicken Belag bedeckt, doch löste sich derselbe gewöhnlich, und es blieb während der übrigen Krankheitswochen eine rote, roh aussehende Fläche, welche den Kranken durch ihre Empfindlichkeit bittere Qualen verursachte. Bei schlimmen Fällen wurde

sie trocken, der Speichel wurde dick und zäh, und es sammelte sich an den Zähnen Sordes an. Das Aussehen der Zunge war den Hautveränderungen vollständig analog, und bei einigen Fällen wenigstens drängte sich die Vermutung, daſs das Epithel des Verdauungskanals sich an der Hautaffektion beteilige, einem unwiderstehlich auf; mit anderen Worten, das Gift zeigte die Neigung, alle epiblastischen Gewebe zu ergreifen.

Diarrhöe trat zeitweilig im Verlauf der Krankheit bei 10 Fällen auf und Erbrechen bei 8, und 11 Kranke bekamen beides, Erbrechen und Diarrhöe; doch beziehen sich diese Zahlen nur auf 80 der Fälle, da bei den anderen hinreichend ausführliche Aufzeichnungen in dieser Beziehung nicht gemacht wurden. Die Erscheinungen der Diarrhöe und des Erbrechens fanden sich namentlich bei den im späteren Verlauf der Epidemie aufgetretenen Fällen. Es ist auch nicht unwichtig, dabei die Verhältnisse der Verteilung dieser Symptome auf die beiden Geschlechter zu erwähnen. Von den 56 männlichen Kranken hatten 7 Erbrechen, 7 hatten Diarrhöe und 7 hatten beides. Dagegen hatten von den 24 weiblichen nur 1 Erbrechen, 3 hatten Diarrhöe und 4 hatten beides.

Diese Symptome traten nicht etwa zu irgend einer bestimmten Periode im Verlauf der Krankheit auf. Bei einigen (z. B. M. XXXVI, M. LXXIX) trat das eine oder das andere oder beide vereint mehrere Tage vor der Entwickelung des Ausschlags auf; bei anderen stellten sie sich ein, als die Krankheit auf ihrem Höhepunkt war; bei vielen dagegen traten sie während der Rekonvaleszenz hervor, zur Zeit als die Haut sich reinigte, oder auch wenn dieselbe ganz wiederhergestellt war. Bei dem Falle M. XXV waren das unbezwingbare Erbrechen und die Diarrhöe indirekt die Ursache des letalen Ausgangs. Bei diesem Patienten bestand ebenso wie bei einigen anderen Fällen Inkontinenz sowohl des Urins als auch des Stuhles, offenbar ein Beweis von der groſsen Hinfälligkeit der Kranken.

(Fortsetzung folgt.)

Über intraurethrale Sklerose.

Von

Dr. GEORG BERG, Mülhausen i. E.

Da in der Litteratur die Sklerose innerhalb der Harnröhre als eine verhältnismäſsig sehr seltene Erscheinung gilt, so glaube ich, dürfte es von Interesse sein, wenn jeder derartige zur Wahrnehmung gelangte Fall publiziert wird. Vielleicht zeigt sich dann, daſs der Urethralschanker nur deshalb so selten war, weil er bei dem Mangel unserer bisherigen Untersuchungsmethoden so oft übersehen wurde. Ich hoffe daher, daſs ein Fall, über den ich kürzlich in einer Sitzung des hiesigen Ärztevereins referiert, auch in weiteren Kreisen Beachtung finden wird.

Patient, 21 Jahr alt, Webschüler, konsultierte mich am 12. Januar 1891 wegen einer akuten Gonorrhoe, die er von einem 8 Tage vorher in einem hiesigen Bordell verübten Coitus herdatierte. Die subjektiven Beschwerden bestehen in einem mäſsigen Brennen beim Harnlassen. Die Harnröhrenschleimhaut am Orificium externum ist geschwollen und dunkelrot verfärbt. Das Sekret eiterig-serös. Die Urinprobe ergiebt im 1. Glase starke Trübung, im 2. Glase klaren Harn. Das Mikroskop weist zahlreiche Eiterkörperchen und Gonokokken auf. Patient erhält eine 2% Resorzinlösung zur Injektion. Daraufhin bessern sich die subjektiven Beschwerden, während Sekretion, Rötung und Schwellung im wesentlichen unverändert bleiben. Am 24. wird Argentum nitricum 0,1 : 300,0 verordnet.

Bei der Untersuchung am 30. zeigt sich Patient frei von Beschwerden, nur Rötung und eiteriger Ausfluſs bestand fort, Schwellung hatte nachgelassen. Der in zwei Gläsern mitgebrachte Morgenharn zeigt in der 1. Portion starke, flockige Trübung, die 2. Portion ist klar. Nach Ausspülung der Pars anterior ist der gelassene Harn frei von jeglicher Beimischung.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt in drei Präparaten das gänzliche Fehlen von Gonokokken, das Vorhandensein zahlreicher Eiterkörperchen und Harnröhrenepithelien. Bei der äuſseren Betrachtung der Harnröhrenmündung fällt deutlich eine dunkler gefärbte Rötung in schmalem Saum um das Orificium externum auf, die Patient auf eine durch den ausflieſsenden Eiter hervorgerufene Irritation bezieht. Dieser selbst war teilweis in festen Borken um das Orificium angetrocknet. Bei der Palpation des Gliedes konnte ich etwa hinter der Gegend der Fossa navicularis eine Resistenz fühlen, die bei Druck auf den Penis von vorn nach

hinten sich verstärkte und den Anschein erweckte, als ob ein Fremdkörper in der Harnröhre stecke. Ich war nun, obwohl mir selbst noch kein derartiger Fall zu Gesicht gekommen, beinahe überzeugt, daſs es sich hier um ein Ulcus, wahrscheinlich eine Sklerose innerhalb der Urethra, handle, und zwar an der Stelle, wo die Resistenz zu fühlen war, und daſs dieses allein die Eiterung unterhalte. Doch um das ohnehin gereizte und bei der Betastung empfindliche Glied zu schonen, trug ich vorderhand Bedenken, mir durch das Urethroskop die nötige Klarheit zu verschaffen. (Jetzt nehme ich selbst bei rezenten Gonorrhoen Untersuchung und Behandlung in den ersten Tagen vor). Ich teilte meine Ansicht dem Patienten mit und bestellte ihn auf drei Tage später zur urethroskopischen Untersuchung.

Patient, der inzwischen ohne mein Wissen auf einige Tage verreist war, zeigte sich mir erst am 18. Februar wieder. Er hatte inzwischen die Injektionen mit Argentum nitricum 0,1 : 300,0 auf eigene Faust fortgesetzt, ohne jedoch irgendwelchen Erfolg erzielt zu haben. Der Befund makroskopisch und mikroskopisch war im wesentlichen derselbe, wie bei der letzten Untersuchung. Für die urethroskopische Untersuchung benutzte ich, da es sich wesentlich um eine Inspektion der vorderen Hälfte der Pars pendula handelte, ein kurzes Urethroskop von Hartgummi von 6 cm Länge. Nach vorsichtiger Ausspülung des Urethraleinganges mit einer schwachen Kreolinlösung und nachheriger Austrocknung sah ich etwa 3 cm vom Orificium externum entfernt die Mucosa der unteren Harnröhrenwand in einer Breite von 1 cm exulzeriert. Die Umgebung der Ulzeration schien stark infiltriert. Auf Druck durch den Tubusrand zeigt sich Eiter, der, sorgfältig abgetupft, eine blutende Stelle hinterläſst. Nach Herausziehen des Tubus ist an seinem Rande ein dünnflüssiger, gelber Eiter wahrzunehmen von derselben Beschaffenheit, wie er sich am Orificium externum zeigt. Im übrigen nirgends auf Lues verdächtige Symptome, insbesondere keine Drüsenschwellung, wie man es doch bei der anzunehmenden Dauer des Ulcus erwarten konnte. Ein Coitus hatte nach Angabe des durchaus zuverlässigen Patienten seit den ersten Tagen des Januars nicht stattgefunden, mithin ist eine neuerdings etwa erfolgte Infektion auszuschlieſsen. Trotzdem hielt ich die Diagnose für genügend entschieden, ein Ulcus molle bei der Beschaffenheit, der eben geschilderten Ulzeration, ihrer Torpidität und Zeitdauer für ausgeschlossen.

Die Behandlung bestand jetzt in Irrigationen des Pars anterior mit einer Lösung von Argentum nitricum 0,1 : 200,0, abwechselnd mit 3% Borsäurelösung und Einlagen von Jodoformbougies, die einige Tage später durch zylinderförmig zusammengerollte Streifen von Emplastrum Hydrargum vertauscht wurden.

Am 25. Februar bemerkte ich linksseitige Drüsenschwellung.

Unter der angegebenen Behandlung nahm Rötung und Schwellung am Orificum externum sichtlich ab, nur die Eiterung bestand, wenn auch in geringerem Grade fort.

Am 5. März zeigte sich eine weit ausgebreitete Roseola neben der schon erwähnten linksseitigen Drüsenschwellung. Im übrigen weitere Besserung im Sekret, das nur noch in geringem Grade, und namentlich nur noch auf Druck, sichtbar ist. In der 1. Urinprobe kleine Flocken, die 2. Portion fast klar. Im Mikroskop Fehlen von Gonokokken, Vorhandensein weniger Eiterkörperchen und Harnröhrenepithelien.

Unter diesen Umständen verzichtete ich auf eine nochmalige urethroskopische Untersuchung, was ich später bedauerte, und ordnete eine reguläre Schmierkur von 4,0 Unguentum Hydrargyri täglich an. Die Irrigationen der Harnröhre mit Argentum nitricum 0,1 : 300,0, abwechselnd mit 4% Borsäurelösung und nachfolgender Applikation von Emplastrum Hydrargyri, wurden fortgesetzt. Schon nach der 16. Einreibung zeigte sich der Urin in beiden Gläsern völlig klar, auch die Drüsenschwellung war bis auf ein Minimum zurückgegangen, Sekret auch auf Druck nicht mehr sichtbar.

Nach Beendigung der Schmierkur, d. h. nach Einverleibung von 120 g Hydrargyrum, reiste Patient leider sogleich in seine Heimat, bevor ich eine nochmalige urethroskopische Untersuchung vornehmen konnte.

Ob bei der Infektion, die Patient auf Anfang Januar verlegt, beide Kontagien, das der Lues und der Gonorrhoe, zugleich übertragen worden sind, oder ob eines von ihnen schon bei einem früheren Coitus acquiriert wurde, läfst sich natürlich nicht genau feststellen, auffällig jedoch ist immerhin das verhältnismäfsig frühe Verschwinden aller sichtbaren Symptome der Gonorrhoe.

Die schottischen Hautkliniken.

Von

Norman Walker, M. D., F. R. C. P. E.,
Assistant Physician in Dermatology to the Edinburgh Royal Infirmary.

In den englischen Fachschriften sind von Zeit zu Zeit verschiedene Berichte über Dr. Unnas und andere deutsche Hautkliniken erschienen, und es dürfte wohl andererseits für deutsche Ärzte von Interesse sein, zu erfahren, wie es mit diesem Gebiete in unseren nördlicher gelegenen Gegenden bestellt ist.

Der Name McCall Andersons ist seit beinahe dreifsig Jahren in der dermatologischen Welt wohl bekannt, und er hat seine Erfahrungen erst noch kürzlich in seinem letzterschienenen Buche zusammengefafst.

Die Klinik zerfällt in zwei Teile:

I. Das Glasgow Skin Hospital, welches als Poliklinik oder Outpatients department (Ambulatorium) dient. Dasselbe ist im Zentrum der Stadt gelegen und ist drei Tage in der Woche geöffnet. Der Assistant Physician (dem deutschen Assistenten entsprechend) sieht die Fälle zuerst, und alle neuen Kranken werden Dr. McCall Anderson vorgeführt, der zweimal wöchentlich anwesend ist. Wenn der Fall kein besonderes Interesse darbietet, so wird er der ferneren Fürsorge des Assistenten überlassen, welcher immer ein jüngerer, praktischer Arzt ist.

Während des Sommers hat Dr. McCall Anderson eine grofse Zuhörerschaft von Studenten, aber während des Winters gestatten die Universitätsvorlesungen denselben nicht, bis ins Zentrum der Stadt zu reisen, und infolgedessen sind einige Ärzte, die sich besonders für Hautkrankheiten interessieren, die einzigen Zuhörer.

II. Die Krankensäle, die eigentliche Klinik, bilden einen Teil des Western Infirmary, welches als Hospital des Medical School of Glasgow University dient. Als das Western Infirmary erbaut wurde, bestimmte man eine besondere Summe Geldes, die beigesteuert worden war, für zwei Säle von zwanzig Betten (für Männer und Weiber) als innere Abteilung des Glasgow Skin Hospital. Der Oberarzt des Skin Hospital ist ex officio Physician (ärztlicher Direktor) dieser Säle, obgleich er nicht Mitglied des Ärztekollegiums des Western Infirmary zu sein braucht. Der Physician wird von den Direktoren des Skin Hospital ernannt, und der Verwaltungsrat des Western Infirmary bestätigt nur die Anstellung.

Es ist mir bekannt, dafs unsere deutschen Kollegen aus sehr natürlichen Gründen es schwer finden, sich einen richtigen Begriff von der Stellung der Dermatologen hier zu Lande zu bilden.

Als Spezialität ist die Dermatologie in Schottland verhältnismäfsig neu, und syphilitische Erkrankungen werden fast ausschliefslich von den Chirurgen behandelt, was auch in grofsem Umfang vom Lupus gilt. Somit ist das Arbeitsgebiet ein beschränktes geworden, und bisher hat es niemand gewagt, als Spezialist Dermatologie zu treiben. Dies hat natürlich die Rückwirkung, dafs unser Feld verringert wird, denn im Ganzen lieben die Doktoren es nicht, ihre Patienten an Kollegen zu verweisen, die ihrerseits auch allgemeine Praxis betreiben. Dr. McCall Anderson, der Weltruf auf dermatologischem Gebiet erworben hat, beschränkt sich keineswegs ausschliefslich auf diesen Gegenstand. Im Gegenteil hat er seit vielen Jahren mit grofser Anerkennung den Lehrstuhl der klinischen Medizin an der Universität innegehabt und ist auch einer der ersten Kon-

sulenten von Glasgow. Infolgedessen ist seine Lehrthätigkeit am Hospital gemischter Art, denn als Professor hat er neben den Hautabteilungen noch zwei grofse Säle für innere Medizin.

Als Lehrer der Medizin ist Dr. McCall Anderson bei den Studenten sehr beliebt, und letztere bethätigen ihre Anerkennung für ihn durch die grofse Zahl, in der sie seine Vorlesungen besuchen, so dafs die Frequenz bei seinen Vorträgen gröfser ist, als diejenige von drei anderen Dozenten der klinischen Medizin zusammen.

In Verbindung mit der Dermatologie gewährt Dr. Andersons Stellung in einer Beziehung einen entschiedenen Vorzug. Als Professor ist er einer der Examinatoren für das Diplom der Glasgow University, und die Studenten dort finden es nützlich, wenn nicht geradezu notwendig, sich eine eingehendere Kenntnis der Dermatologie zu erwerben, als dies bei irgend einer anderen von unseren Schulen der Fall ist, denn bei keiner anderen wird wirklich irgend ein spezieller Unterricht über Hautkrankheiten erteilt.

Bei seinen klinischen Vorlesungen wird im Gegenteil ein beträchtlicher Teil der Zeit auf die Haut verwendet, denn von den drei Fällen, welche gewöhnlich das Material für eine Vorlesung bilden, ist einer fast immer ein dermatologischer.

Die Säle sind sehr hell und luftig und sind mit einer vollständigen Einrichtung von Voll-, Dusche- und Dampfbädern versehen. Allerdings fehlt es aber an Vorkehrungen für das kontinuierliche Bad.

Bei meinem Besuche sah ich dort einige sehr interessante Fälle, namentlich einen von Xeroderma (Atrophoderma) pigmentosum und einige der selteneren Erscheinungen der Syphilis.

Psoriasis ist zwar eine sehr gewöhnliche Affektion in Glasgow, wird aber in den Krankensälen selten angetroffen. Die Leute in Glasgow sind eben zu eifrig mit dem Geldverdienen beschäftigt, um zur Behandlung ihrer Psoriasis sich ins Bett zu legen.

Dr. McCall Anderson hat mir gütigst erlaubt, einige seiner neuesten Ansichten über die Fragen der Ätiologie und Therapie hier mitzuteilen.

Die den Engländern allerwichtigste Frage ist die von der Diät. Dr. Anderson schenkt derselben die gröfste Beachtung, und er glaubt, dafs eine grofse Zahl von Hautkrankheiten auf Diätfehlern beruhen, und dafs bei diesen Fällen lokale Mittel erst dann einen dauernden Nutzen gewähren können, wenn diesem Mangel abgeholfen worden ist.

Beim Ekzem reguliert er erst die Diät. Im akuten Stadium verwendet er Zink oder Zinkichthyolleim oder Diachylonpflaster. Auf Streupulver giebt er nicht viel, da er findet, dafs sie die Neigung der Haut zum Rissigwerden steigern. Bei chronischen Fällen ist Teer eines seiner

Lieblingsmittel, aber er hält denselben nicht für ein Spezifikum für alle Fälle.

Psoriasis behandelt er bei Erwachsenen mit Chrysarobin, aber bei Kindern hat er oft von der inneren Darreichung von Kopaivabalsam in allmählich ansteigenden Gaben vorzügliche Resultate erhalten. Bei sehr chronischen Fällen bei Erwachsenen verschreibt er manchmal erfolgreich das Tragen eines vollständigen Anzugs von vulkanisiertem Gummi direkt auf der Haut.

Beim Hautkarzinom empfiehlt er, wenn dasselbe nicht radikal mit dem Messer etc. behandelt wird, manchmal den Gebrauch von Streupulvern, namentlich einer Mischung von Aristol und Stärkemehl. Er ist überzeugt, dafs er einige Fälle hat abheilen sehen auf regelmäfsige Pinselungen mit einer Arseniklösung. Er hat auch Salizylpflastermull bei solchen Fällen mit Erfolg angewandt.

Bei nicht-parasitärer (kokkogener) Sykosis, welche er übrigens nicht als eine besondere Krankheit anerkennt, sondern blofs für eine Abart von Ekzem erklärt, läfst er rasieren und Salizylpflaster auflegen.

Akne. Er meint, dafs jeder Fall nach seiner speziellen Beschaffenheit beurteilt werden mufs, da die Individualität hierbei von grofser Wichtigkeit ist. Wenn die Gesundheit der Patienten zu wünschen übrig läfst, ist Leberthran das beste Mittel. Wenn der Kranke sonst gesund ist, giebt er:

R. Naphthol. 3,0—5,0
Sulphur. 3,0
Sapon. virid.
Vaselin. aa 10,0, alle Stunde einzureiben, bis sich Reizerscheinungen einstellen. Fälle, die mit menstruellen Störungen kompliziert sind, müssen auf diese Anomalien hin behandelt werden.

Lupus. Dr. Anderson hat sich der reaktionären Mehrzahl in der vollständigen Verdammung des Tuberkulins nicht angeschlossen. Er gebraucht es noch immer und ist gegenwärtig damit beschäftigt, die Huntersche „Tuberkulinose“ gründlich zu prüfen. Andere Fälle behandelt er auch durch Ausbohren der Knoten mit Argentum nitricum, und er legt grofses Gewicht auf die konstitutionelle Behandlung mit Leberthran und Phosphor. Er gebraucht den Salizyl-Kreosotpflastermull namentlich beim Lupus der Ohren und ferner das saure Quecksilbernitrat als Kaustikum.

Lupus erythematosus hält er in einzelnen Ausnahmefällen für eine Äufserung der hereditären Syphilis, in anderen dagegen für tuberkulös. Es begegnet ihm wie jedem anderen, dafs auch kleine Ausbrüche manchmal schwer zu behandeln sind. Er verschreibt innerlich Jodstärke und äufserlich Salizyl-Kreosotpflastermull und öfters auch intensives und wiederholtes Kauterisieren.

In Bezug auf Herpes tonsurans capitis hält er das Epilieren im Verein mit antibakteriellen Mitteln für die einzig zuverlässige Behandlung.

Gegen Lichen planus giebt er innerlich Arsenik und äuſserlich eine Salbe mit Karbolsäure und Sublimat, zweimal täglich zu applizieren.

Pyrogallussäure wendet er überhaupt nicht an, wenn der Ausschlag irgendwie sehr ausgebreitet ist, aus Furcht vor Intoxikationserscheinungen.

Resorzin hat er noch nicht hinreichend gebraucht, um ein bestimmtes Urteil darüber abgeben zu können.

Der bemerkenswerteste Teil von Professor ANDERSONS Behandlung ist die Berücksichtigung der Diät. Seine dreiſsigjährige Erfahrung scheint ihn nur in seinem Glauben an die auf die Verdauungsorgane wirkenden Mittel bestärkt zu haben, und ein groſser Prozentsatz seiner Patienten erhält daher eine Gabe Bittersalz zwei- bis dreimal täglich.

Arsenik gebraucht er ziemlich reichlich, wenn auch keineswegs in der Grossomanier, die bei einigen englischen Dermatologen beliebt war und auch noch ist.

Seine Berücksichtigung der Diät ist aber ein höchst bemerkenswerter Punkt und sollte manchen von uns Dermatologen der jüngeren Schule, die wir vielleicht geneigt sind, uns ins andere Extrem zu verirren und gar zu viel Gewicht auf die äuſsere Behandlung zu legen, zum Nachdenken anregen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 3. Mai 1892.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Vorsitzender: Herr LEWIN. Schriftführer: Herr ROSENTHAL.

1. Herr O. ISRAEL (als Gast) zeigt Präparate von **follikulären Epitheliomen**, die nur auf der Haut sitzen und deren Diagnose zweifelhaft ist zwischen Atheromen und Karzinomen. Die Präparate, welche von 3 verschiedenen Patienten herrühren, unterscheiden sich nur graduell und stellen gewissermaſsen eine Entwickelungsreihe dar. Die Geschwulst des ersten Falles saſs auf der Kopfhaut eines Kindes; sie wuchs schnell und glich einem blumenkohlartig wuchernden Gewächs. Die des 2. Falles befand sich nicht am Kopf, sondern in der Haut des Bauches einer älteren Frau, ragte nur wenig über das Hautniveau hervor und hatte noch eine Kyste mit bräunlichem Inhalt (hämorrhagischem Pigment). Die des 3. Falles saſs wieder auf dem Kopf einer älteren Frau, und zwar ganz in der Tiefe der Haut unmittelbar auf der Galea. Diese Geschwülste kommen also auf verschiedenen Körperstellen und in verschiedenen Lebensaltern vor. Sie sind ausgezeichnet durch Epithelien, die nicht wie

beim Atherom den Hohlraum eines geschlossenen Sackes vollkommen ausfüllen, sondern sie befinden sich in Hohlräumen, die reich verzweigt und verästelt sind, so dafs Alveolen entstehen, die mit Epithel angefüllt sind. Bei allen diesen Geschwülsten ist die Kutis zu sehen, darunter befindet sich Fettgewebe. An der Oberfläche sieht man kleine Öffnungen, die mit den Alveolen kommunizieren. Die genaue Untersuchung ergab, dafs alle diese Geschwülste auf Haarbälge zurückzuführen sind. Die einzelnen Abteilungen der Geschwülste sind mit sogenannten Molluscum-Körperchen angefüllt, weshalb man den Schlufs ziehen mufs, dafs das Molluscum aus den Haarbälgen entsteht. Jedenfalls sind die Molluscum-Körperchen nicht Protozoen, wie NEISSER behauptet, denn Parasiten verhornen nicht, sondern verkalken nur. Diese geben aber alle für Horn charakteristischen Reaktionen. Fettkörner sind sie auch nicht, da sie sich mit Osmiumsäure schwarz färben, und die sich färbende Substanz mit Äther und Chloroform nicht zu extrahieren ist. Diese Körperchen bilden den gröfsten Teil der Geschwulst in den Taschen, man findet Eleidin. Wahrscheinlich entstehen die fraglichen Gebilde aus den verkümmerten Zellen des Haarschaftes. Alle 3 gezeigten Geschwülste sind nur graduell verschieden; die erste sitzt mehr oberflächlich, die zweite sitzt schon tiefer, und die dritte hat sich mehr nach der Tiefe entwickelt, hat aber dennoch dieselben Riffe und Leisten, wenn auch nicht in so bedeutendem Grade, wie die beiden ersten. Die Geschwülste können verschiedenen Lebensaltern angehören, sie sind solitär, ulzerieren niemals und veranlassen nie Metastasen.

2. Herr ISRAEL zeigt dann die Niere eines 3 Wochen alten Kindes, bei der aufser den gewöhnlichen Reniculi eigentümliche, multiplen interstitiellen Entzündungsherden entsprechende Vertiefungen bestehen. Neben dieser **syphilitischen Nephritis** ergab die Obduktion Knochenaffektionen. Die bei der Syphilis der Erwachsenen aufserordentlich häufige Schrumpfniere ist bei an ererbter Syphilis leidenden Kindern nur selten.

Herr LEWIN hat nur einmal bei einem hereditär syphilitischen Kinde Anasarca und Albuminurie beobachtet; von den Franzosen soll sie öfters gesehen und beschrieben sein.

Herr FREYHAN (als Gast): **Über generelle Hautpustulose mit tödlichem Ausgang.** Obgleich der ältere HEBRA die Impetigo nicht als eine selbständige Krankheit betrachtete und sie, wie alle pustulösen Hautkrankheiten dem Ekzem unterordnete, liefs er als eine Affektion sui generis die Impetigo herpetiformis, die generelle Hautpustulose, gelten. Wenn auch die Anschauungen über die Impetigo sich geändert haben, wenn auch durch BOCKHART nachgewiesen ist, dafs durch Einreibung von Eiterstaphylokokken eine pustulöse Hautaffektion erzeugt werden kann, so bleibt doch die Bedeutung des von HEBRA scharf gezeichneten Krankheitsbildes der Impetigo herpetiformis bestehen. Die Kasuistik hierüber ist mangelhaft. Vortragender hat nur 2 Fälle im städtischen Krankenhause Friedrichshain beobachtet, von denen es sich im ersten Fall um eine Wöchnerin, eine 26jährige Arbeiterfrau, handelt, die stets blühend und gesund gewesen war. Vor ungefähr 1 Jahr verheiratete sie sich und wurde 14 Tage vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus von einem ziemlich atrophischen Knaben entbunden. Das Wochenbett soll in den ersten Tagen normal verlaufen sein, erst ungefähr vor 8 Tagen stellte sich eine Störung des Allgemeinbefindens ein, Kopfschmerzen, Fieber und Erbrechen, und um dieselbe Zeit will sie einen Ausschlag an den Brüsten bemerkt haben. Rasch griff dieser Ausschlag weiter um sich und befiel noch andere Körperstellen, vor allem die Hände und das Gesicht. Sie wird am 8. Tage der Erkrankung in das Krankenhaus überführt, wo folgender Befund konstatiert wird:

Die Patientin ist eine kräftige, gut genährte Frau, deren Muskulatur und Fett-

polster sich in vorzüglichem Zustande befinden. Die Haut zeigt an verschiedenen Körperstellen auffällige Veränderungen, die am markantesten im Gesicht, an den Händen und in der Umgebung der Mamillae hervortreten. Die Haut der Hände bis hinauf zur Mitte der Unterarme ist gedunsen, heiſs, mit schmutzig-braunen Borken bedeckt. Unter den sich abhebenden Krusten schimmert die Haut rot, glänzend und gespannt hervor, an einzelnen Stellen nässend, aber nirgends Ulzerationen zeigend. Am Rande der erkrankten Hautpartien und ganz besonders auf der unter den losgelösten Gewebsfetzen neu zu Tage tretenden Epidermis schieſsen Gruppen von kleineren und etwas gröſseren, höchstens aber stecknadelknopfgroſse Pusteln auf, die nur zum kleinen Teil mit grüngelbem Inhalt erfüllt sind, zum weitaus gröſsten Teile aber schon regressive Veränderungen erlitten haben und zu soliden Borken eingetrocknet sind. Eine scharfe Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe ist nirgends angedeutet. Der Übergang findet in allmählicher, fast unmerklicher Abstufung statt. Das Gesicht weist ähnliche Entstellungen wie die Hände auf; die Wangen, das Kinn und beide Ohren sind in dem destruierenden Prozeſs eingeschlossen, während Nase, Stirn und Orbitae frei geblieben sind. Das ganze Gesicht erscheint dadurch unförmlich dick, gedunsen und gerötet; die Borkenbildung ist aber hier weniger ausgesprochen als an den Händen. Am reinsten geben den Typus der Erkrankung die zuerst befallenen Teile wieder, nämlich die die Mammae bedeckenden Hautpartien; hier ist das Gewebe beiderseits in einer ungefähr handtellergroſsen Fläche affiziert, deren Zentrum von den oben beschriebenen schmutzigen Borken eingenommen wird, während die Peripherie von unregelmäſsigen Gruppen von Pusteln umsäumt wird. Alle erkrankten Teile sind spontan und auf Druck sehr empfindlich. Die sichtbaren Schleimhäute zeigen keine Spur einer ähnlichen Erkrankung, die Zunge ist trocken und mit leichten Belägen versehen. Temperatur 39, Pulsfrequenz 96. Der Urin enthält Albumen in beträchtlicher Menge und läſst beim Stehen ein leicht wolkiges Sediment fallen, in dem einzelne Leukozyten und spärliche hyaline Zylinder nachgewiesen werden. Der weitere Krankheitsverlauf, der sich noch fast 2 Monate in die Länge zog, gestaltete sich derartig, daſs progressiv immer mehr Hautpartien in den Kreis der Erkrankung gezogen wurden, ohne daſs die zuerst befallenen zur Heilung gelangten. Erst kamen die Beine, dann der Rücken, endlich fast die gesamte Körperoberfläche an die Reihe; regelmäſsig begann der Prozeſs an den noch intakten Partien zuerst mit einer gruppenförmigen Eruption kleiner und kleinster Pusteln, die schnell eintrockneten und zu gröſseren Borken zusammenflossen. So schritt der Prozeſs, der durch keine Medikation aufgehalten werden konnte, langsam weiter, und nur die Bedeckungen des Bauches und die behaarten Teile blieben bis zum tödlichen Ende fast völlig frei. Kontinuierlich bestand hohes Fieber, morgendliche Remissionen bis 38° C., stete abendliche Exazerbationen bis 39 und 40° C. Die Kräfte und der Ernährungszustand nahmen rapide ab, häufig traten Durchfälle und profuses Erbrechen auf. Das Sensorium, das im Anfang ungetrübt gewesen war, zeigte beim weiteren Fortschreiten der Krankheit eine starke Beeinträchtigung; allmählich trat ein soporöser Zustand ein, weiterhin Delirien, und in den letzten Wochen griff ein tiefes Koma Platz, aus dem die Patientin nur durch starke Reize erweckt werden konnte. Die Zeichen der Nephritis blieben bis zum Ende bestehen, das mikroskopische Bild des Harnsediments wurde durch das Auftreten von epithelialen Zylindern und roten Blutkörperchen noch vielgestaltiger. Nach zweimonatlichem Leiden erlag die Patientin der Erkrankung. Das mit in die Anstalt eingelieferte Kind war schon früher an Abzehrung gestorben und hatte, obgleich ihm in den ersten 8 Tagen die Brust gereicht war, kein Zeichen einer ähnlichen Erkrankung wie die Mutter.

Der zweite Fall, der sich eng an den ersten anlehnt, betrifft einen 40 Jahre

alten Maurer. Derselbe hat wiederholt Gelenkrheumatismus und einmal eine Gonorrhoe durchgemacht. Er erkrankte 5 Wochen vor seinem Eintritt ins Krankenhaus mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen, Erbrechen und Durchfällen, späterhin stellte sich ein Ausschlag an Händen und Beinen ein. Die Untersuchung der inneren Organe des stämmigen, gut entwickelten Mannes lieferte ganz normale Resultate. Die Haut der Arme und Beine, sowie vereinzelter Stellen des Rumpfes ist wie besät mit Gruppen von kleinen und kleinsten Pusteln, die auch hier wie im ersten Falle eine ausgesprochene Tendenz zu konfluierenden Borken zeigen. Die Temperatur ist hoch fieberhaft, der Puls sehr frequent. Während des sechswöchentlichen Aufenthaltes befällt die Pustulose fast alle Teile des Körpers mit Einschlufs des Gesichts. Nach dem Losstofsen der Borken macht die neugebildete Haut zu verschiedenen Malen denselben krankhaften Prozefs durch. Die Temperaturkurve zeigt in diesem Falle einen mehr remittierenden Typus; auch hier stehen Störungen des Digestionstraktus, Erbrechen und Durchfälle mit im Vordergrunde des Krankheitsbildes; auch hier macht sich ein rascher Kräfteverfall geltend, endlich tritt auch hier in den letzten Wochen Sopor und Koma auf. Die Sektionen, die in beiden Fällen kurze Zeit nach dem Tode ausgeführt wurden, haben in Übereinstimmung mit den früher gewonnenen Resultaten keine genügenden Aufschlüsse gegeben. Bei der Frau fand sich dem klinischen Befunde entsprechend eine parenchymatöse und interstitielle Nephritis; die übrigen Organe zeigten ebenso wie die des Mannes keine wesentlichen Besonderheiten. Auch der Digestionstraktus erwies sich völlig normal. Die mikroskopische Untersuchung des Pustelinhalts, die mehrfach in beiden Fällen gemacht wurde, fiel völlig negativ aus. Nur die den nässenden Stellen entnommene dickliche Flüssigkeit enthielt die gewöhnlichen Eitererreger, ein Befund, der jedenfalls erst sekundären Einflüssen seinen Ursprung verdankt.

Herr Lewin hat einen Fall von Impetigo herpetiformis mit denselben Erscheinungen: Erbrechen, Durchfall und nervösen Störungen, gesehen; es wurde aber keine Nephritis konstatiert. Auffallend waren schwarze Flecke in der Nähe der Impetigo, die aber von der Arsentherapie, die völlig einflufslos war, herrührten.

Herr Lassar fragt, ob es wirklich zu einer Blase gekommen ist, worauf der Vortragende erwidert, dafs die Bläschen nur stecknadelkopfgrofs waren.

4. Herr Lewin: **Quecksilberexanthem.** Er stellt ein 20jähriges, schon früher wegen Syphilis behandeltes Mädchen vor. Zur Zeit litt die Kranke an Fluor, Akuminaten und an einem makulo-papulösen Syphilid. Schon nach der ersten Sublimateinspritzung entwickelte sich ein über den ganzen Körper verbreitetes, sich deutlich von dem syphylitischen Exanthem unterscheidendes Erythem. Dasselbe ist durch Farbe, Lokalisation und durch Sensibilitätsstörungen, die es hervorruft, charakterisiert Die Kranke klagt über Brennen und Jucken an den affizierten Stellen, auch entstand Ödem an den Augenlidern.

Lewin hat viermal Exantheme nach Sublimateinspritzungen gesehen.

Herr Bruck hat nach Injektionen von grauem Öl und Herr Ledermann nach Injektionen und Inunktionen Exantheme beobachtet.

5. Herr Lewin: **Pustulöses Syphilid.** Der vorgestellte Patient, ein an galoppierender Syphilis leidender Mann, war 6 Wochen infiziert, hat auf dem Dorsum penis ein nicht ganz charakteristisches Geschwür, auf dem Körper Pusteln in allen Entwickelungsstadien, auf der Rachenschleimhaut ein tiefes Ulcus. Auffallend ist die schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Patient klagt über Abgeschlagenheit, Schwäche, die Temperatur ist erhöht (38,6°), der Kräftezustand so gering, dafs der Kranke nur mit grofser Mühe einige Schritte gehen kann. Der ganze Prozefs

schien anfangs für Variola zu sprechen, aber L. hält ihn für galoppierende Syphilis; was auch die Therapie bestätigt.

Herr Isaac hat einen ähnlichen von Neumann Variola syphilitica bezeichneten Fall gesehen. Der Patient ging an Kachexie zu Grunde und die Sektion wies trotz der relativ kurzen Dauer der Krankheit Gummiknoten in den Eingeweiden, speziell im Rückenmark nach.

6. Herr Lewin: **Atrophia bulbi.** Patientin, eine 33jährige Frau, hat sich 1886 verheirathet, 4 Monate danach erkrankte sie an makulösem Exanthem und Iritis. 1888 gebar sie ein Kind mit Ausschlägen, das nach 8 Tagen starb, 1889 klagte sie über Ameisenkriechen in der linken Körperhälfte, es trat Lähmung derselben mit Sprachstörung ein. Zur Zeit ist die linke obere Extremität magerer als die rechte; der linke Fuſs ist in der Bewegungsfähigkeit beschränkter. Kniephänomene, sowie Sensibilität sind normal. Bemerkenswert ist vor allem die Atrophie des ganzen rechten Augapfels. Die Cornea selbst ist an einigen Stellen klar, an anderen undurchsichtig. Atrophie des Auges nach Syphilis ist bisher nicht bekannt, Atrophie nach Iritis, Iridochoroiditis und Iridocyklitis zwar behauptet, aber nicht durch beobachtete Fälle bewiesen.

Gräfe und nach ihm Schweigger haben eine Phthisis bulbi durch Mangel des intraokulären Druckes angenommen. Die Entstehung der Atrophie ist so zu denken, wie die syphilitische Atrophie des Hodens; es bilden sich Gummata an der Papille oder Retina, und dann erfolgt eine Retraktion des gummösen Bindegewebes.

7. Herr Peter: **Dermatitis herpetiformis Duhring.** Er stellt einen seit drei Jahren an einem juckenden Hautausschlag leidenden Kranken vor. Die Haut ist stark pigmentiert und mit hellen Narben bedeckt. Auſser Erythemflecken und Kratzspuren finden sich Gruppen von kreisförmig angeordneten Bläschen, die ein Charakteristikum der Dermatitis herpetiformis bilden. Die Krankheit ist, in Nachschüben rezidivierend, in drei Jahren nie ganz zur Heilung gelangt. Der Kranke hat eine knarrende Sprache, im Kehlkopf findet sich Schwellung der Aryknorpel und Erosionen an den Stimmbändern. Therapeutisch ist Arsen angewandt. Herr Rosenthal möchte den Fall trotz seines chronischen Verlauf als Herpes iris auffassen. Er hat in einem analogen Falle therapeutisch von dem wochenlangen Gebrauch des Antipyrins gute Resultate gesehen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Mai 1892.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Einer Anregung Besniers Folge gebend, wurde fast die ganze Sitzung von einer sehr interessanten Besprechung über die **Prurigo Hebra** ausgefüllt. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes werde ich bei demselben länger verweilen und die übrigen Mitteilungen kurz berichten.

Hudélo, Chef de Clinique von Fournier, stellt einen Kranken vor, dessen Diagnose noch zwischen **Rotz und Tuberkulose** schwankt. Patient soll in der nächsten Sitzung, nach Abschluſs der bakteriologischen Untersuchungen, wieder vorgestellt werden. Ich werde alsdann auf diesen äuſserst lehrreichen Fall zurückkommen.

Hallopeau und Barié stellen einen Fall von **Urticaria pigmentata** vor, der sich namentlich durch die Anwesenheit ausgedehnter Narben im Zentrum vieler Plaques auszeichnet. Ein derartiges Vorkommen ist bisher noch nicht beobachtet. Eine Entscheidung darüber abzugeben, ob diese Narben bei der Rückbildung der Plaques zu

stande kommen, oder ob sie eine Folge der Blasen sind, die sich zu wiederholten Malen bei dem Patienten gezeigt haben, ist zur Zeit noch nicht möglich.

Hallopeau und Barre berichten über einen Fall von **Urticaria chronica**, die wahrscheinlich das Anfangsstadium einer Prurigo Hebra bildete; wenigstens konnte man das Zustandekommen von Prurigopapeln auf Kosten der Urticariaquaddeln hier unmittelbar beobachten. Auch kann man in diesem Fall die Urticaria nicht einfach als prädisponierendes Moment für die Prurigo auffassen, denn es ist eine und dieselbe Dermatose, die sich zuerst als Urticaria, später als Prurigo äufsert. Die Prurigo-Papeln entstehen zuerst infolge des Kratzens, zu dem der Juckreiz der Urticaria Veranlassung giebt; aber auch nach Verschwinden der letzteren bleibt der Juckreiz bestehen, so dafs immer neue Papeln sich bilden. Über die eigentliche Ursache dieses Hautjuckens sind wir noch im unklaren; wahrscheinlich handelt es sich um eine Autointoxikation, indem sich beständig krankhafte Hautabsonderungen bilden, von denen die sensiblen Nerven gereizt werden. Bei diesem Kranken sind eine grofse Menge von Papeln von Flecken umgeben; es ist das der Beginn der Pigmentierung, die in derartigen Fällen die Regel bildet. Aufserdem hat der Kranke noch einen lichenartigen Ausschlag, der mit Lichen planus sehr viele Ähnlichkeit bietet. Brocq ist mit seiner Ansicht, dafs er aus einer Umwandlung der Papeln (Lichenification secondaire) entstanden sei, im Recht. Gleichzeitig ist das eine Bestätigung der Vidalschen Auffassung, wonach die Prurigo Hebra nichts anderes ist, als ein Lichen polymorphus.

Sabouraud macht eine sehr wichtige Mitteilung zur Pathogenese der **Elephantiasis nostra**, d. h. derjenigen Form, bei der sich keine Filaria findet. Er hatte beobachtet, dafs bei einer grofsen Zahl dieser Elephantiasis-Fälle eine ganze Reihe von Anfällen von Lymphangitis erysipelatosa voraufgegangen war. Das brachte ihn auf den Gedanken, von dem Blut solcher Elephantiasis, die er für chronische Lymphangitis hielt, Kulturen anzulegen; und wirklich erhielt er in vier Fällen von je einem Tropfen Blut zahlreiche Reinkulturen des Streptococcus Fehleisen.

Besnier zeigt an einem Falle, wie verschiedenartige Ausschlagsformen der **Acarus der gewöhnlichen Krätze** hervorrufen könne. Der vorgestellte Kranke ist vom Kopf bis zu den Füfsen rot, stellenweise zeigen sich auch dicke Schuppen. Es handelt sich um eine **Erythrodermie**, die anscheinend stellenweise ekzematös ist, mit zahlreichen roten Sudamina (suette miliaire rouge). Gesicht und behaarter Kopf sind auch befallen, während die Achseln und die Hände nicht besonders krank zu sein scheinen. Es klingt doch eigentlich sonderbar, dafs man eine Erythrodermie auch mit zu den Varietäten der Krätze rechnen mufs. Indessen kann hier kein Zweifel daran sein. Der Acarus ist zahlreich vorhanden, und was noch wichtiger, er fand sich auch im Gesicht in hinreichender Menge. Auf den Händen und dem Glied finden sich einzelne Gänge.

Wir kommen nunmehr zu der grofsen Erörterung über die **Prurigo Hebra**. Zuvörderst aber sei es mir der gröfseren Klarheit halber gestattet, den Leser mit den verschiedenen Ansichten bekannt zu machen, die bis jetzt über diesen Gegenstand im Hôpital Saint-Louis herrschen:

Besnier anerkennt die von Hebra aufgestellte Gruppe, in der Formen vereinigt werden, die bis dahin teils als Varietät des Lichen, teils als solche des Ekzems aufgefafst wurden; nur genügt für diese Gruppe nicht die schlichte Bezeichnung Prurigo, da man sonst alle Prurigoarten dahin rechnen würde, sondern Besnier verlangt den Namen Prurigo Hebra, wie er in den Besprechungen in Saint-Louis auch allgemein angenommen wird.

Vidal meint, dafs verschiedene, von französischen Forschern beschriebene Lichen-

formen dem Lichen erhalten bleiben müssen; sie gehören teils zum Lichen simplex, teils zum Lichen polymorphus. Letzterer ist im Grunde nichts anderes als die Prurigo Hebra, während der Lichen simplex Vidals nach Besniers Auffassung mit jener, Eccema lichenoides genannten, Form des Ekzems identisch ist.

Brocq will den Lichen simplex circumscriptus Vidals aufrechterhalten, also auch vom Ekzem getrennt wissen; er gehöre zu jener Gruppe von Ausschlägen, die im wesentlichen aus einer Hautneurose bestehen, zu der sich der eigentliche Ausschlag erst infolge des Kratzens hinzugeselle. Diese Gruppe wird von Brocq als Neurodermitis bezeichnet.

Im folgenden finden nun die wesentlichsten Sätze aus der Besnierschen Mitteilung hier Platz.

Die von Hebra-Kaposi aufgestellte Prurigogruppe bildet ein in sich abgeschlossenes Ganze. Diese Prurigo, die als Prurigo Hebra bezeichnet wird, besitzt Eigenschaften und einen Verlauf, die nur ihr zukommen; sie verschliefst sich z. B. einzelnen Formen, die wohl ein ähnliches Aussehen haben, die aber wegen sonstiger abweichender Eigenschaften nicht ganz in ihre Gruppe hineinpassen. Besnier hat nun auf Grund seiner reichen Erfahrungen den Begriff dieser Prurigo erweitert und einen Typus geschaffen, den er **Prurigo diathésique** nennt. Zum Belege für die Richtigkeit seiner Auffassung beabsichtigt er, der Dermatologischen Gesellschaft allmählich eine ganze Reihe von Fällen vorzuführen, die, bislang schwer klassifizierbar, zwanglos als Prurigo diathésique angesehen werden können.

Jedoch ist es keineswegs seine Meinung, alle Dermatosen hierher zu rechnen, in denen der Ausschlag eine Folge des Kratzens, und dieses wiederum die Folge einer Hautneurose ist. 1. Er schliefst z. B. alle Fälle aus, in denen das Kratzen **immer die nämlichen Wirkungen** im Gefolge hat, sei es nun, dafs überhaupt kein Ausschlag sich einstellt, wie bei einzelnen alkoholischen und senilen Pruritus, oder sei es, dafs **immer die gleichen**, also keine polymorphen Ausschlagsformen auftreten, wie einerseits der Lichen ruber planus, andererseits der Lichen circumscriptus Vidal. (Man wolle beachten, dafs Besnier hier den Lichen simplex chronicus circumscriptus von Vidal-Brocq anerkennt).

2. Dagegen zählt er zu seiner Prurigo diathésique alle diejenigen Fälle, in denen das Kratzen einen polymorphen Ausschlag — Lichen, Ekzema, Urticaria, Erythem u. s. w. — im Gefolge hat. Zu diesen Fällen gehört die typische Prurigo Hebra, die nur eine Varietät der grofsen Gruppe Prurigo diathésique bildet. Es gehören hierher ferner verschiedene, der Prurigo Hebra verwandte Fälle, denen Hebra und Kaposi aber die Aufnahme in ihre Gruppe verweigerten, und die bislang nirgends unterzubringen waren. Diese Fälle sind zahlreich; es sind teils polymorphe Prurigoformen, die in einem vorgeschrittenen Lebensalter einsetzen, teils polymorphe Prurigoformen, die nach Verlauf mehrerer Jahre plötzlich aufhören, teils Exantheme mit eigenartigem Verlauf, indem sie z. B. wo anders als an den Extremitäten beginnen. Besnier stellt drei schöne derartige Fälle vor.

Besnier hält es also für nötig, die Gruppe Prurigo Hebra zu erweitern, und zeichnet in grofsen Linien seine Prurigo diathésique, deren einzelne Fälle an der Vielgestaltigkeit ihrer Elemente kenntlich sind; das Exanthem ist bei ihnen durch Kratzen, das Kratzen durch Hautneurose bedingt. Einstweilen ist es noch nicht möglich, diese grofse Gruppe in verschiedene Unterabteilungen zu zerlegen; nur so viel steht schon fest, dafs die eigentliche Prurigo Hebra eine Varietät bildet, die übrigen Varietäten sind erst noch zu bezeichnen.

Dieser gewichtigen Ansicht Besniers gegenüber verteidigt Vidal seinen Lichen polymorphus; an der Hand seiner Beschreibung, seiner Auffassung von Lichen

polymorphus mitis seu ferox verstehe man leicht sowohl die Prurigo HEBRA, die nichts weiter sei, als eben sein Lichen polymorphus ferox, wie auch verschiedene Varietäten, die man nach der Beschreibung HEBRAS nicht in dessen Prurigo einbegreifen könne. Sein Lichen polymorphus sei ebensosehr wie der Lichen ruber planus eine besondere, völlig unabhängige Form, deren Ausschlagselemente, als Folgewirkung des Kratzens, immer die nämlichen bleiben, d. h. Lichenpapeln. Es sei ja wahr, daſs sich auch noch andere Elemente, wie Erythem, Ekzema, Krusten, Pusteln, Vesikeln u. s. w. hinzugesellen könnten, die dann dem Ausschlag einen polymorphen Anstrich geben; indessen seien diese Elemente immer erst sekundärer Natur; die Papeln allein seien die ursprünglichen Elemente.

BROCQ äuſsert Bedenken, eine Gruppe Prurigo diathésique aufzustellen, so lange sie noch nicht genau begrenzt sei, da man ja leicht auch ganz andere Formen, z. B. manche chronische Urticaria und sogar die Dermatitis polymorpha dolorosa à poussées successives u. s. w. hierher rechnen könnte — eine Annahme, die sofort zurückzuweisen ist. — Entschlieſst man sich aber, diese Gruppe anzuerkennen, so muſs man alsbald Unterabteilungen in derselben aufstellen.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Moskauer Venerologische und Dermatologische Gesellschaft.

(Originalbericht von ALFRED LANZ-Moskau.)

Sitzung vom 31. Januar 1891.

I. Dr. POSPELOW stellte 2 Kranke vor, von denen der eine an Urticaria litt, der andere mit **Lepra anaesthetica** behaftet war. Zugleich teilte Ref. folgendes mit: Der an **Urticaria** Leidende ist Mechaniker auf einem Dampfboot und von kräftiger Statur. Er wandte sich an den Vortragenden wegen Pruritus am ganzen Körper, welcher ihm weder tags noch nachts Ruhe gab. Die Haut des Patienten ist gegen äuſsere Reize so empfindlich, daſs es nur einer leichten Berührung mit einem stumpfen Gegenstande bedarf, um an der berührten Stelle nach 1—2 Minuten ein akutes Ödem hervortreten zu lassen. Infolgedessen ist es dem Kranken sogar sehr beschwerlich, sich zu waschen und ganz besonders sich mit einem Handtuch abzutrocknen, wobei das Gesicht blaſs und ödematös wird und ein starkes Brennen und Rötung der Haut auftritt. Alles dieses dauert ungefähr 3—4 Stunden und vergeht dann wieder. Zieht man an einer beliebigen Stelle der Haut mit einem Bleistift einen Strich oder führt man eine Zeichnung aus, so wird die Haut an den berührten Stellen anfangs blaſs und tritt dann reliefartig nach Art eines typographischen Clichés hervor. Vorliegender Fall erinnert ungemein an einen von DUJARDIN-BEAUMETZ an einer hysterischen Frau beobachteten. Jene Frau wurde femme autographique genannt; hier könnte man von einem homme autographique reden.

Der 2. Fall betraf einen Moskauer Fuhrmann. Patient ist 37 Jahre alt, von mittlerer Statur und frischem gesunden Äuſsern. Er kam ins MIASSNITZKY-Hospital wegen eines Flecks auf der Stirn, „denn dieser Fleck begann bereits die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich zu ziehen“. Bei der Besichtigung fand Referent folgendes: Auf der Stirn und auf der stark gelichteten behaarten Kopfhaut befindet sich ein braunroter, über das Niveau der gesunden Haut hervortretender, ovaler Ring, der $3^3/_4$ cm lang und $2^1/_2$ cm breit ist. Die Breite des Randes selbst beträgt $4^1/_2$ cm. In der Umgebung des Ringes finden sich zerstreut einzelne linsengroſse braunrote, sich hart anfühlende, über die Hautoberfläche hervortretende, glänzende Knötchen, welche teils isoliert stehen, teils mit dem Ringe zusammenlaufen. In dem unteren Teile des auf der Stirn befindlichen Ringes befindet sich ein solches scheinbar

isoliert stehendes Knötchen, welches mit dem Ringe durch einen schnurartigen, ziemlich harten und auf Druck nicht schmerzhaften Strang (Lymphangitis?) verbunden ist. Dieses Knötchen trat nach den Worten des Patienten zuletzt auf. Auf dem Nacken befindet sich rechts ein ebenso aussehender Ring, dessen hinterer Teil nur schwach ausgeprägt ist und mit der normalen Haut verschwimmt (Hufeisenform). Ein dritter Ring von elliptischer Gestalt befindet sich an der äufseren Fläche des linken Oberschenkels unterhalb der Crista ossis ilei, wobei die Ellipse eine horizontale Richtung hat und $10^1/_2$ cm lang, $5^1/_2$ cm breit ist. Der Rand dieser Ellipse ist = 8 mm, von dunkelbrauner, zum Teil violetter Farbe und schuppt leicht ab. Die Haut innerhalb des auf der Stirn und besonders des auf der Hüfte befindlichen Ringes ist blasser als die gesunde, liegt ein wenig tiefer als jene und erscheint, wenn man sie in einer Falte aufhebt, einigermafsen atrophisch. Auch fühlt sich die Haut hier trockener an als die gesunde. Besonders auffällig ist die stark ausgebildete Analgesie und Thermoanästhesie der innerhalb der Ringe liegenden Haut. Einen Stich durch das Korium hielt Patient für einen unbedeutenden Druck, und bei Versuchen mit dem Rothschen Thermoanästhesiometer unterschied Patient nicht die Temperatur zwischen 0° und 40° C. Dabei dehnt sich die Anästhesie nirgends über die Grenzen des Ausschlages aus, ja Patient empfindet auf der gesunden Haut sogar die leiseste Berührung mit einem Haarpinsel. Im übrigen finden sich keine Abnormitäten, weder im Nervensystem, noch in den inneren Organen. Aus der Vorgeschichte des Patienten ist folgendes bekannt: Patient ist Bauer und stammt aus dem kalugaschen Gouvernement, lebte bis zum 15. Jahre in seinem Heimatsdorfe. Darauf fuhr er nach Taganrog, wo er Fuhrmann wurde. Nach 4 Jahren kehrte er in sein heimatliches Dorf zurück, heiratete daselbst und ging nach 8 Monaten wieder nach Taganrog, wo er nun 6 Jahre lebte. In dieser Zeit besuchte er zuweilen seine Frau und war einmal in Odessa, wo er 6 Monate als Kellner diente. Weder bei seiner Frau, noch bei seinem Sohne zeigten sich irgendwelche Anzeichen von Krankheit. Patient lebt gegenwärtig bereits 11 Jahre in Moskau als Arbeiter auf einer Fabrik. Er bemerkte erst im Juli 1891 einen Ausschlag auf der Stirn und beim Bade einen ebensolchen auf der linken Hüfte. Patient ist noch nicht behandelt worden.

II. Dr. Caspari stellte einen Kranken mit **polypösen Wucherungen der Mund- und Lippenschleimhaut** vor. Patient ist 17 Jahre alt. Gröfse, Form und Farbe der Lippen sind normal. Es sind keine Sensibilitätsstörungen an den affizierten Partien vorhanden. Am Rande der unteren und in geringem Abstand vom Rande der oberen Lippe sitzen ziemlich nahe bei einander eine Reihe glatter, rundlicher oder flacher, ungefähr stecknadelkopfgrofser, sich mehr oder weniger weich anfühlender Erhöhungen, von denen einige eine punktförmige Vertiefung im Zentrum haben. Links am Rande der Unterlippe ist eine geringe Abschuppung bemerkbar. Die Schleimhaut der Lippen hat im mittleren Drittel normales Aussehen, nur vereinzelt sitzen auf ihr kleine, rundliche Erhöhungen von oben besprochenem Charakter. An den Mundwinkeln dagegen erscheint die Schleimhaut wie besäet mit einer Menge flacher, rundlicher und länglicher Knötchen, welche im Längsdurchschnitt $^1/_3$—$^1/_2$ cm grofs und 1—2 mm hoch sind. Die Knötchen sind von ziemlich weicher Konsistenz, von normaler Farbe und durch kleine Furchen voneinander getrennt. An der Ausführungsöffnung des Ductus Stenonianis sitzt eine Gruppe flacher, rundlicher, linsengrofser Erhöhungen, deren Epithel eine kaum merkliche Trübung aufweist. Vereinzelte flache Erhöhungen sitzen noch an einigen anderen Stellen der Mundhöhle (an den Gaumenbögen). Das Sekret der Mundhöhle reagiert neutral, nur auf der Wangenschleimhaut ist es schwach säuerlich. Im übrigen zeigt die Haut aufser einiger Trockenheit und schwach ausgeprägtem Lichen pilaris keine Veränderungen. Soweit Patient sich erinnert, begann

die Krankheit vor 6 Jahren auf der Unterlippe, von welcher sie auf die Oberlippe überging und dann im Verlauf von 9 Monaten die obengenannten Stellen griff. Seitdem sei im äußeren Aussehen keine weitere Veränderung eingetreten. Als Knabe litt Patient oft an Diarrhöe. Im 10. Jahre hatte er eine erysipelasähnliche Entzündung des Gesichts und Keuchhusten, der 1½ Monate dauerte. Referent enthielt sich jeder Diagnose bis zur mikroskopischen Untersuchung der Neubildungen der Schleimhaut.

III. Dr. Sabolotzky stellte der Gesellschaft einen bereits in der Sitzung vom 1. November vorgeführten Kranken mit **Ulcus tuberculosum linguae** vor und berichtete zugleich über den Verlauf der Krankheit folgendes: Vom Tage des Eintritts ins Hospitals an wurde Patienten Fischleberthran zu 2 Eßlöffeln täglich verordnet. Lokale Behandlung fand nicht statt. Am 10. Tage fing das Geschwür an sich zu reinigen und nach einem Monat begann es zu vernarben, wobei die Vernarbung ihren Ausgang nahm von denjenigen Stellen, wo kleine Stücke behufs mikroskopischer Untersuchung herausgeschnitten worden waren. Nach ungefähr 2 Monaten war das Geschwür vollständig vernarbt, und gegenwärtig befindet sich an der Stelle desselben eine weiße, schmerzhafte, knorpelharte Narbe. Beim Befühlen der Zungenspitze bemerkt man, daß sich diese Verhärtung nicht auf die Narbe allein beschränkt, sondern sich von hier noch weit in das scheinbar gesunde Gewebe der Zunge erstreckt. Auf der Peripherie und im Zentrum der Narbe befinden sich zerstreut kleine, weißliche, sich hart anfühlende Knötchen, welche dem Aussehen nach an miliare Knötchen erinnern. Die Maxillardrüsen sind wie früher vergrößert, und zwar links mehr als rechts. Der Husten hat bedeutend nachgelassen. Der Auswurf ist sehr gering, die Temperatur normal. Das Allgemeinbefinden hat sich bedeutend gebessert, wobei Patient bedeutend zugenommen hat. — Trotzdem der tuberkulöse Charakter des Geschwürs schon durch die frühere Untersuchung nachgewiesen war (Tuberkel-Bazillen und Riesenzellen waren gefunden worden), wurde dennoch in Anbetracht der vollständigen Vernarbung des Geschwürs nochmals ein kleines Stück an der Grenze der Narbe und des gesunden Gewebes zur abermaligen Untersuchung ausgeschnitten. Die diesmalige Untersuchung bestätigte vollauf die ursprüngliche Diagnose. Auch hier wurde typisches tuberkulöses Gewebe mit Riesenzellen und stellenweise kaseöser Detritus gefunden. Vorliegendes mikroskopisches Bild gestattet die Annahme, daß der Krankheitsprozeß in der Zunge, obgleich das Geschwür vollständig vernarbt ist, dennoch nicht beendigt ist, und daß er, wenn nicht in der nächsten, so doch in nicht allzuferner Zeit wieder hervortreten wird.

Referent meint, die besseren Lebensverhältnisse, in welche Patient durch den Eintritt ins Hospital versetzt worden (ruhiges Leben, gute Nahrung u. a.) hätten den Heilungsprozeß wesentlich befördert. Ferner sei zu beachten, daß die Vernarbung gerade von den seitlichen Flächen, wo die obenerwähnten Ausschnitte gemacht wurden, ausgegangen ist. Ein Impfversuch an Kaninchen (in die vordere Augenkammer) ergab ein negatives Resultat.

IV. Dr. Tschernogubow gab ein ausführliches Referat über den in der *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* Nr. 3, 1891 veröffentlichten Artikel von M. Souges und J. B. Charcot: „Gèromorphisme cutané".

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis. Heft 3. 1892.

I. **Die Verbesserungen des elektro-urethroskopischen Instrumentariums und dessen Anwendung**, von Dr. Oberländer. Die Verbesserungen betreffen zunächst den Lichtträger, welcher aus festerem, weniger biegsamen Metall und in kleinerem Umfange hergestellt wurde. Auch die innere Konstruktion erfuhr einige jedoch nur die mechanische Fertigstellung betreffende Änderungen.

In dem vom Mechaniker Heynemann in Leipzig vereinfachten Endoskop ist der Trichter in Wegfall gekommen, ein einfacher Strom- und Wasserverschlufs hergestellt und der Lichtträger am Tubus ansteck- und anschraubbar.

Der Tubus selbst besteht aus dünngewalztem Silberblech, das sehr haltbar ist und für das Auge angenehmere Reflexverhältnisse hat.

Von großer Bedeutung war es, dafs Verfasser Tuben stärkeren Kalibers in Gebrauch nahm, wodurch das Gesichtsfeld sehr ausgedehnt und die Beurteilung der pathologischen Verhältnisse wesentlich erleichtert wurde. Verfasser hat bei seinen Untersuchungen stets die Nummern 22, 25, 27, 29, 31 Charrière vorrätig. Die Einführung starker Nummern erschwert am häufigsten das Orificium externum oder die hinter demselben liegende Guerinsche Klappe. Gewalt soll nie angewandt werden. Am besten werden Tubus und Orificium vor dem Einführen mit Borvaseline, Borglyzerin-Lanolin oder nur Borglyzerin eingefettet. Letzteres macht zwar weniger geschmeidig als die ersteren, besitzt vor diesen jedoch manche Vorzüge.

Ein neuer von O. konstruierter, doppelarmiger Tubus bringt Infiltrationen, Narben, Drüsen, Papillome jeder Art besser zur Anschauung als der gewöhnliche, runde und ist namentlich dort, wo es weniger auf eine schnelle als auf eine detaillierte Orientierung ankommt, sehr zweckentsprechend.

Einige Veränderungen am Lichtträger machen denselben geeignet einmal zur Galvanokaustik, zweitens zur intraurethralen Elektrolyse. Galvanokaustik wie Elektrolyse sind unter Kokainästhesie schmerzlose Operationen. Die Galvanokaustik kann bei einzelnen kleinen Papillomen, hypertrophischen Littréschen Drüsen, Morgagnischen Krypten etc. in Anwendung kommen. Für die Zerstörung durch Elektrolyse sind geeignet alle umschriebenen nach Dilatationen bei chronischer Gonorrhoe hartnäckig zurückbleibenden krankhaften Reste, sei es Infiltrationen oder krankhaft veränderte Drüsenausführungsgänge, von denen aus sehr gern ein hartnäckiger Ausflufs und Filamentbildung unterhalten werden. Man zerstört die Drüsen, dafs man die Nadel möglichst weit in den Ausführungsgang hineinstöfst. Die Heilung schreitet bei den Zerstörungen durch Galvanokaustik schneller vorwärts als bei den elektrolytischen.

Neben der Dilatationsbehandlung kommt bei der chronischen Gonorrhoe auch die Schnittmethode in Anwendung, für die Oberländer sein Intraurethrotom konstruiert hat, dessen Gebrauchsweise im Original näher beschrieben wird. Bei ausgedehnten, tiefgedehnten Infiltraten, welche die halbe oder ganze Pars cavernosa einnehmen, wird besser die Dilatation mit allmählich ansteigenden Nummern (nicht die brüske Dilatation) in Anwendung kommen.

Bei kleinen umschriebenen, durch das Endoskop genau festgestellten Infiltraten, namentlich solchen, welche den Dilatationen hartnäckig widerstanden haben, wird man mit dem Intraurethrotom die besten Erfolge in der Behandlung der chronisch entzündeten Schleimhaut erzielen.

II. **Die Dermatitis herpetiformis (Duhring) und ihre Beziehungen zu verwandten Affektionen**, von Dr. Ittmann und Dr. Ledermann. Bei dem ersten näher beschriebenen Krankheitsfalle handelte es sich um eine etwa 4 Jahre bestehende Hautaffektion, deren bullöse Eruptionen in Intervallen schubweise auftraten und stets vielgestaltig, gruppenförmig, serpiginös waren und heftiges Jucken verursachten. Das Allgemeinbefinden der hochbejahrten Patientin war zeitweilig gestört. Einmal sogar leitete sich eine Eruption durch einen Schüttelfrost und nachfolgende Temperatursteigerung bis 39 ° C. ein.

Differentiell - diagnostisch kamen Erythema multiforme und Pemphigus in Betracht.

Der zweite Fall betrifft einen muskulösen, gesund aussehenden Mann, der am ganzen Körper, ohne besondere Prädilektionsstellen zu bevorzugen, neben kleinen zum Teil zerkratzten, stecknadelkopfgroſsen, isoliert stehenden papulösen Effloreszenzen in Gruppen gestellte, kreisförmig angeordnete erythematöse Plaques, teilweise in der Mitte abheilend, am Rande mit Knötchen bedeckt, leicht schuppend und vielfach oberflächlich exkoriiert, aufwies. Einzelne Stellen sehen schuppenden Ekzemflecken ähnlich. Auch hier verursacht das Leiden intensives Jucken, zeichnet sich durch Polymorphismus und durch einen in Attacken sich abspielenden chronischen Verlauf aus.

Im dritten Falle handelt es sich um ein 16jähriges Mädchen, dessen Leiden seit ca. 2 Jahren datiert. An Händen und Unterarmen zeigt die Patientin neben abgeheilten Stellen und isoliert stehenden Papeln, Vesikeln und Pusteln auſserdem eine Anzahl frischer Kratzeffekte. Ähnliche Stellen finden sich auf dem Gesichte, namentlich auf der Nasenspitze, am Ohre etc., während die unteren Extremitäten und der Rumpf frei sind. Das Leiden verursacht heftiges Jucken. Unter der Behandlung mit Arsen innerlich, äuſserlich mit Zinkleim, Zinkpaste, Ichthyol und Borsäureumschlägen verschwinden die Effloreszenzen und das Jucken. Nach 8 Tagen zeigt sich eine neue Eruption von erbsengroſsen, mit wasserheller Flüssigkeit gefüllten Bläschen im Gesicht, die eine auffallend herpetiforme Anordnung haben. In der folgenden Zeit treten in gewissen Intervallen stets neue Schübe auf, während die älteren Effloreszenzen abheilen.

Die Verfasser stehen nicht an, die drei Fälle der Dermatitis herpetiformis Duhring zuzuzählen, die sie als eine entzündliche Affektion der Haut charakterisieren, gekennzeichnet durch ein im Verlaufe der Krankheit sehr verwandlungsfähiges Exanthem, das unter Bevorzugung eines bestimmten Grundtypus von erythematösen, vesikulösen, bullösen, pustulösen oder papulösen Effloreszenzen stets eine Mischform einzelner oder aller dieser Eruptionsformen darstellt. (S. 392.) Das Exanthem breitet sich ohne Vorliebe für bestimmte Regionen allmählich über den ganzen Körper aus, zeigt einen vorwiegend annulär-serpiginösen Charakter, ähnlich wie beim Herpes Iris, und verursacht hochgradiges Jucken und Brennen. Dem Ausbruche der Krankheit pflegt Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Fieber, Hitze- und Kältegefühl vorauszugehen.

Charakteristisch für die Duhringsche Krankheit ist deren chronischer, attackenartiger Verlauf. Ihre Prognose ist quoad vitam stets günstig, wenn nicht innere Komplikationen dieselbe trüben. Die Krankheit sieht Duhring als nervöse Affektion an, wenn er auch die eigentliche Ursache ebensowenig wie eine erfolgreiche Therapie anzugeben vermag. Die Vielgestaltigkeit des Exanthems veranlaſste Duhring mehrere Unterarten der Affektion zu unterscheiden. Im folgenden werden dieselben unter Berücksichtigung der vorhandenen Litteratur kritisch besprochen. Die Verfasser gelangen dahin, drei Formen der Dermatitis herpetiformis zu unterscheiden:

1. die chronische, jahrelang unregelmäſsig rezidivierende,

2. die subakute, Wochen und Monate hindurch rezidivierende,

3. die akute, in einem einmaligen Abfall bestehende Form. (S. 409.)

Den Herpes gestationis, sowie einige andere mit der Schwangerschaft zusammentreffende oder rezidivierende Hautaffektionen möchten die Verfasser nicht, wie DUHRING es will, zur Dermatitis herpetiformis (vesiculosa) zählen, so lange diese nicht ätiologisch genau fixiert ist.

Ihre Ansichten über die DUHRINGsche Krankheit geben die Verfasser in folgenden Sätzen wieder:

1. Die Aufstellung der Dermatitis herpetiformis als besondere Krankheit ist gerechtfertigt.

2. Die von DUHRING gegebene Schilderung der Krankheit ist durch die von BROCQ, UNNA und Verfasser gemachten Angaben zu erweitern.

3. Die Impetigo herpetiformis gehört nicht zu der Dermatitis herpetiformis, sondern bildet eine eigene für sich bestehende Krankheit.

4. Es erscheint angebracht, den Herpes gestationis vorläufig ebenfalls von der Dermatitis herpetiformis zu trennen.

5. Der Herpes gestationis läfst sich mit ähnlichen Schwangerschaftsaffektionen zu einer multiformen, der Dermatitis herpetiformis ähnlichen Gruppe vereinigen.

6. Der Name Dermatitis herpetiformis ist nicht präzis, er ist aber auch nicht schlechter als alle anderen vorgeschlagenen, ebenfalls nur ein einziges Symptom kennzeichnenden Termini. — Der von BROCQ vorgeschlagene Name (Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives für die chronischen Formen) ist, abgesehen von der Länge, passend, enthält aber nicht den Begriff der Herpetiformität. (S. 421.)

Den Schlufs der vorliegenden Arbeit bildet eine sehr dankenswerte Zusammenstellung derjenigen Fälle, welche als wirkliche „Dermatitis herpetiformis" anzusehen sind, resp. mit derselben in Beziehung gebracht wurden.

III. **Über das Wachstum der Haut und der Haare des Menschen**, von Dr. MORIZ SCHEIN. Das Wachstum der Hautdecke, das Verhalten derselben bei den wechselnden Proportionen der verschiedenen Bestandteile des Skelettes hat in der Betrachtung des Wachstums des Kindes bisher gar keine Berücksichtigung gefunden. Es erscheint jedoch nicht ohne praktische Bedeutung zu sein, diese Lücken in den Handbüchern der Kinderkrankheiten auszufüllen, um den Zusammenhang zwischen Hautwachstum und Haarwachstum, der thatsächlich besteht, und manche aus demselben resultierende rätselhafte Erscheinungen zu erklären.

Verfasser hat die Wahrnehmung gemacht, dafs diejenigen Hautstellen, welche stärker und für das freie Auge sichtbar behaart werden, zur selben Zeit, wo lebhaftes Haarwuchstum an ihnen beobachtet wird, in demselben Mafse, wie dieses zu beobachten ist, im Flächenwachstum gegen die umgebende Haut zurückbleiben. Umgekehrt kann man gleichzeitig nachweisen, dafs Hautstellen, die ihrer Umgebung im Flächenwachstum vorauseilen, entsprechend weniger behaart werden; endlich dafs Hautstellen, welche ein gleichmäfsiges Flächenwachstum zeigen, gleichmäfsig behaart werden. (S. 431.)

Im Folgenden werden allgemein die Umstände berücksichtigt, unter denen einzelne Hautstellen gegen die umgebende Haut im Flächenwachstum zurückbleiben. Sodann werden im speziellen diejenigen Hautstellen eingehend besprochen, welche zur selben Zeit, wo sie sich stärker mit Haaren bedecken, im Wachstum gegen die Haut der Umgebung zurückbleiben.

So entwickeln sich beispielsweise die Cilien an der Lidkante, wo deren Hautüberzug gegenüber der intensiv faltbaren, benachbarten Lidhaut im Flächenwachstum zurückgeblieben ist.

Die Haare in der Achselhöhle finden ihre Erklärung in dem lebhaften Wachstum der umgebenden Muskulatur und deren Hautdecke, während die Haut der Achselhöhle im Flächenwachstum zurückbleibt. Dies gilt insbesondere vom männlichen Geschlecht, wie überhaupt die Behaarung des Mannes auf die stärkere Entwickelung, auf ein kräftigeres Wachstum der Muskulatur und deren Hautdecke zurückgeführt werden wird. Das subkutane Zellgewebe ist beim weiblichen Geschlechte lockerer und viel mehr zur Aufnahme von Fett disponiert.

An Stellen jedoch, wo sich ein stärkeres Fettpolster entwickelt, tritt die Behaarung zurück.

Die so häufige Behaarung des Sternums beim Manne ist zu erklären, dafs hier die Haut inniger an die Unterlage angeheftet ist, als die der benachbarten Gegend, und deshalb nicht die Flächenausbreitung gewinnen kann, als die leichter haltbare Haut der Umgebung. Das Wachstum der Kopfhaare hängt mit dem geringeren Flächenwachstum der Kopfhaut im intrauterinen Leben zusammen.

In ähnlicher Weise wird auch die Behaarung anderer Körperstellen erklärt. Für die Hautteile jedoch, welche den Bart tragen, vermag Verfasser nicht ein Zurückbleiben des Flächenwachtums beim Manne nachzuweisen.

Verfasser findet für seine Wahrnehmung in manchen pathologischen Fällen aus der Litteratur eine Bestätigung.

Die Behaarung beim Zurückbleiben des Wachstums einzelner Hautstellen erklärt Verfasser durch eine lebhaftere Ernährung derselben. So lange das Skelett allgemein wächst, was im Kindesalter geschieht, wird die Haut nicht wesentlich von der Muskulatur im Wachstum resp. in der Ernährung beeinflufst. Deshalb tritt die Behaarung an der Brust, am Bauche, an den Extremitäten, in der Achselhöhle nicht schon bei Kindern ein, sondern erst beim Manne zu einer Zeit, wo nach vollendetem Wachstum die Muskulatur zunimmt und durch dieselbe Wachstum und Ernährung der Haut eine wesentliche Förderung erfährt.

Das Gesamtresultat seiner Beobachtungen giebt Verfasser in folgenden Sätzen wieder:

1. Hautstellen, welche zur selben Zeit und unter denselben Verhältnissen lebhafter ernährt werden, als ihre Umgebung, werden ein lebhafteres Haarwachstum zeigen als diese.

2. Die fast ausschliefsliche Gelegenheitsursache für Unterschiede in der Ernährung der Haut bildet beim Menschen der verschiedene Grad des Flächenwachstums aneinander grenzender Hautteile. (S. 462.)

IV. **Über die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberkulose**, von Dr. J. Jadassohn (Schlufs).

7. Über Pigmentverschleppung aus der Haut (bei Pityriasis rubra und Ekzemen).

Bei dem Pigment, das sich in der Haut von Pityriasis rubra vorfindet, ist zweierlei auffallend:

1. dafs es hier und da auch in tieferen Lagen der Kutis, in denen entzündliche Erscheinungen zu konstatieren sind, wenngleich in viel geringerem Mafse vorhanden, und

2. dafs die Kutis reich an Pigment, das Epithel aber auffallend arm daran oder sogar frei davon ist. (S. 464.)

Verfasser läfst es unentschieden, ob es sich bei der Pigmentbildung infolge von Hyperämie und Entzündung um einen im Wesen gleichen Prozefs wie bei der natürlichen Pigmentierung handelt oder ob sie nach Blaschko ganz von dieser zu trennen sei.

Dagegen fand er zuerst bei der Pityriasis rubra, später auch bei anderen Hautkrankheiten, so bei der Psoriasis, beim Lupus erythematodes, beim Ekzema seborrhoicum und nach Papeln, daſs, so lange der entzündliche Zustand anhielt, sich wohl Pigmentmassen in der Kutis bildeten, daſs aber keine Pigmentübertragung in die Epidermis stattfand. Erst nach Ablauf der Entzündung machte sich eine solche vielfach wieder geltend. Ob die Entzündung die Einwanderung des Pigments hindert, oder ob nach Ehrlich eine Schädigung der Chromatophoren durch den entzündlichen Zustand eintritt, läſst sich nicht genau entscheiden. Wahrscheinlicher ist die Annahme, daſs unter dem Einflusse der entzündlichen Zirkulationsstörungen eine Resorption des Pigments nach innen stattfindet.

Im Folgenden bespricht Verfasser den Pigmentbefund an den Lymphdrüsen seiner Pityriasis-rubra-Patienten. Die Lymphdrüsen zeigten namentlich in dem zweiten der beschriebenen Fälle schon makroskopisch eine eigentümliche, schiefergraue Färbung. Unter dem Mikroskope zeigten sich Pigmentansammlungen mehr an der Peripherie der Rindenfollikel zu beiden Seiten der Trabekel, während die Follikularsubstanz selbst frei von Pigment war.

Die Frage, ob das in den Drüsen befindliche Pigment erst in den Drüsen entstanden oder aus der Haut in die Drüsen verschleppt worden, ist nicht leicht zu entscheiden. Da sonst bei Lymphadenitiden die Pigmentbildung fehlt, in den vorliegenden Fällen eine besondere Ursache zur Pigmentbildung nicht vorhanden war, da auch, wie oben erwähnt, eine Pigmentübertragung ins Epithel nicht erfolgte, so neigt Verfasser zu der Ansicht, daſs infolge der andauernden Zirkulationsstörungen das in der Kutis fertig gebildete Pigment von der Haut statt nach auſsen nach innen und zwar nach den nächstgelegenen Lymphdrüsen fortgeschafft werde. — Analoga dieser Pigmentverschleppung finden sich bei Tätowierungen, bei Kontusionen und durch andere Ursachen bedingte Blutungen in die Haut. Riehl hat in zwei Fällen von Morbus Addisonii Pigment in den Lymphdrüsen der Regio inguinalis gefunden. Verfasser hat nun noch bei den Untersuchungen zweier Fälle von chronischem Unterschenkelekzem Farbstoff in den angrenzenden Drüsen der erkrankten Hautpartie gefunden. — Nach diesen Befunden bestätigt sich die von Riehl zuerst angedeutete Thatsache, daſs nicht bloſs fremde Körper und wirkliche Blutextravasate, sondern auch pathologische Pigmente aus der Haut in die regionären Drüsen verschleppt werden können.

Ein ausführliches Litteratur-Verzeichnis über Pityriasis rubra Hebrae, Dermatitis exfoliativa (Wilson-Broca und ähnliche Krankheitsbilder schlieſst diese umfangreiche, sehr interessante, an neuen, wissenswerten Beobachtungen reiche Arbeit würdig ab.

C. Berliner-Aachen.

Übersicht über fünf Jahre dermatologischer Praxis in New Orleans, von W. Blanc. (*New York. Med. Journ.*, 1892, März 12.) Verfasser teilt seine Erfahrungen über die von ihm in New Orleans beobachteten Hautkrankheiten und Syphilis mit, welche in seiner Privat- und klinischen Praxis am Charity-Hospital vorkamen. Doch sind hauptsächlich nur die an Weiſsen beobachteten Fälle berücksichtigt, da sich über Neger nicht immer Notizen fanden. Im übrigen verweisen wir auf den Vortrag, der einige ganz interessante Mitteilungen und Krankengeschichten bringt.

F. Hahn-Bremen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

Erfahrungen des Abolitionismus in der Prostitutionsfrage in Italien, von Tarnowsky. (*Intern. Centralbl. f. d. Physiol. u. Path. der Harn- u. Sexual-Organe,* Bd. III., Heft 5 u. 6.) Am 27. Oktober 1891 ist in Italien ein neues Reglement der Prostitution erlassen worden, nachdem dieselbe unter dem liberalen Ministerium Crispis auf Änderungen der Abolitionisten, im Jahre 1888 gänzlich freigegeben war; es wurden während dieser 3 Jahre keine Listen geführt. Ärztliche Untersuchungen fanden nicht statt, die betreffenden Prostituierten konnten sich untersuchen, konnten sich behandeln lassen, ob und wann sie wollten. Tarnowsky hat nun Italien bereist, um die Erfahrungen, die man in den groſsen Städten mit diesem System gemacht hat, kennen zu lernen. Zuerst beschwerte sich die Militärverwaltung und forderte Wiedereinführung der Kontrolle, da die Anzahl der in den Militär-Hospitälern verpflegten venerisch erkrankten Soldaten im Jahre 1889 um 62% zugenommen hatte. Auch unter der bürgerlichen Bevölkerung nahm die Zahl der venerisch Erkrankten entsprechend zu, und stieg z. B. in den Mailänder Krankenhäusern von 5916 im Jahre 1887|88 auf 7570 in 1888|89. Auch die Anzahl der syphilitisch-kranken Gebärenden stieg in Mailand von 1,28% auf 4,27%. Die Zahl der im Findelhaus aufgenommenen, mit hereditärer Lues behafteten Kinder betrug 1887|88 23 und stieg auf 49 (1888|89) und 98 (1889|90). Umgekehrt verringerte sich überall die Zahl der in Hospitälern behandelten venerisch kranken Weiber, speziell der unverheirateten, z. B. in Palermo von durchschnittlich 150 pro die auf 12. Bei den behördlichen Besichtigungen der Bordelle, die sich die Regierung vorbehatten hatte, wurden anfangs 30%, später 75% kranker Frauenzimmer während dieser 3 Jahre angetroffen: Rechnet man (für Petersburg) 42,7% der registrierten Prostituierten als in der kondylomatösen Periode der Syphilis befindlich, die bei dem kleinsten Anzeichen von Manifestwerden ihrer Lues interniert werden, während jene 75% frei ihrem Berufe nachgehen, so ist es ja kein Wunder, daſs jene Zahlen so erschreckend deutlich den ungeheuren Schaden illustrieren, den Italien dem Andrange eines Haufens sogenannter Philanthropen verdankte. Und während so die Zahlen reden, erklären die Abolitionisten, Mrs. Butler an der Spitze, auf dem 7. Kongreſs zu Brüssel: „Vom hygienischen Standpunkt aus bietet das System der ärztlichen Besichtigung keine Schutzmaſsnahme für die Gesundheit.“

„Wahrlich, es giebt keine tauberen Leute, als diejenigen, die nicht hören wollen, schlieſst Tarnowsky.“ *F. Hahn-Bremen.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Bäderbehandlung bei Hautkrankheiten, von E. Saalfeld. (*Therap. Monatsh.* No. 5.) Die wesentlichste Wirkung des Bades ist die Erweichung der Epidermis und der ihr auflagernden fremden Substanzen, d. h., des Schmutzes sowohl wie der Krankheitsprodukte, der Schuppen, Borken und Krusten. Ferner dient das Bad als schützende Hülle bei ausgedehntem Epidermisverlust und Geschwürsbildungen. Ferner ist es als Vehikel für medikamentöse Stoffe ein Heilmittel ersten Ranges. Indiziert sind Bäder in denjenigen Fällen, in denen man eine mazerierende Wirkung

beabsichtigt oder eine Verminderung von Infiltraten hervorrufen will, oder wo man kalmierend auf die Haut einwirken will; kontraindiziert im allgemeinen erscheinen Bäder bei Hautkrankheiten im akut entzündlichen Stadium. Demnach wird man beim chronischen, trockenen, speziell infiltrierten Ekzem sehr gute Erfolge mit Bädern erzielen, wodurch die Schuppen, wenn noch medikamentöse Stoffe, wie Alkalien, Seifen, Teer etc. angewandt werden, beseitigt werden. Manche Patienten vertragen jedoch selbst beim chronischen Ekzem keine Bäder, beim akuten wird man überhaupt von Bädern Abstand nehmen. Bei Psoriasis, bei der manchmal Seebäder ungünstig wirken, haben Schwefelbäder einen günstigen Erfolg, ebenso bei Acne vulgaris des Körpers und Furunkulose. Antiseptische Bäder mit übermangansaurem Kali oder Sublimat wirken bei Pemphigus der Kinder günstig. Prurigo der Kinder wird durch Bäder günstig beeinflufst, während Urticaria durch warme Bäder verschlimmert wird. Bei Verbrennungen permanentes Wasserbad. Die Rauhigkeit und Schuppenbildung bei Ichthyosis wird verringert, während bei Lichen planus Teerbäder die Hautinfiltrate und das Jucken mildern. Hautjucken wird überhaupt durch protrahierte lauwarme Bäder, besonders Teerbäder, gebessert. Bei Scabies ist es besser, die Medikamente ohne Bäder wirken zu lassen, ebenso haben die Bäder bei Herpes tonsurans keinen Erfolg. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Kosmetik, von SAALFELD. *(Therap. Monatsh.* No. 4.) S. will in Kürze einzelne Punkte der Kosmetik behandeln, und mufs man, um in erster Reihe günstig auf den Teint zu wirken, die Komedonen und die Akne beseitigen. Die Behandlung derselben zerfällt in eine lokale und allgemeine, resp. kausale. Was den letzteren Punkt anbetrifft, so findet man das Leiden häufig bei chlorotischen Individuen, speziell in der Entwickelungsperiode, und bei Patientinnen mit Störungen der Sexualorgane. Ferner sind es Individuen, die an dyspeptischen Zuständen, speziell an Obstipation, leiden. Gegen diese Leiden mufs eingeschritten werden. Lokal wird man auf eine geeignete Hautpflege Rücksicht nehmen. Waschungen mit warmem Wasser und Seife, Frottierungen des Gesichts, Vermeidung des Gebrauchs von Puder und Schminke. Die lokale Behandlung der Komedonen und der Acne vulgaris zerfällt in die mechanische und medikamentöse. Die Komedonen müssen mit einem Komedonenquetscher entfernt und die Akneknötchen ihres eiterigen Inhalts entleert werden. Bei der medikamentösen Behandlung kommen im wesentlichen Waschungen mit Seifen oder alkalischen Substanzen und Schwefelpräparate in Betracht, und zwar abends Einreibungen mit alkalischem Seifenspiritus oder mit dem Schaum einer Schwefel- oder Naphthol- oder Naphtholschwefelseife oder Krankenheilerseife und nach 1/2 Stunde mit einem Schwefelpräparat, wie Kummerfeldsches Waschwasser oder

Sulfur. praecip.	10,0
Spir. sapon. kal.	40,0 oder
Lact. sulfur.	2,0—5,0
Kal. carbon.	0,2—1,0
S. in Aq. dest. q. s.	
Vaselin. flav. ad	20,0.

Bei stärker ausgebildeten Fällen läfst man die ZEISSLschen Schwefelpaste

Lact. sulfur.	
Spirit.	
Glycerin	āā 5,0
Kal. carbon.	1,0

mf. Pasta in dünner Schicht auftragen. Nach 2—3maliger Anwendung mufs wegen Spannung der Haut die Behandlung kurze Zeit ausgesetzt werden, während welcher Zeit nur Lanolin oder Borlanolin (5—10 %) angewandt wird.

Bei der Acne rosacea müssen dyspeptische oder Obstipationszustände beseitigt werden; äufserlich wird zur Nacht die Zeisslsche Paste oder eine 10—50% Ichthyolsalbe oder das Quecksilberpflaster angewandt, am Tage Schminke oder Puder. Eine gute flüssige, weifse Schminke ist Hebras Eau de princesse

Bism. carbonici basic.	10,0
Talci veneti	20.0
Aq. rosar.	70,0
Spir. coloniens.	3,0

MDS. Den feuchten Bodensatz einzupinseln.

Die einfachen Knoten stichelt man, die Teleangiektasien werden skarifiziert; ist es zum Rhinophyma gekommen, so mufs mit der Abtragung der gewucherten Stellen vorgegangen werden.

Die Seborrhöe, die meistens bei chlorotischen jungen Mädchen gefunden wird, wird wie die Acne vulgaris behandelt, innerlich Ferrum. Bei Schuppen- und Schinnenbildung des Kopfes und Ausfallen der Haare empfehlen sich Waschungen mit alkalischem Seifenspiritus, darauf Anwendung von folgender Schwefelsalbe:

Lactis sulfur.	3,0—5,0
Lanolin	3,0
Adip. benzoinat.	ad 30,0
Mf. ungt.	

Die Milien müssen einzeln mechanisch entfernt werden.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Übertragung von Immunität durch Milch, von Professor Brieger und Professor Ehrlich. (*Dtsche. med. Wochschr.* No. 18.) Zur weiteren Untersuchung der Frage, ob durch Säugung Immunität übertragen werden kann, wurde eine trächtige Ziege durch eine Thymus-Tetanus-Bouillonmischung im Verlauf von za. 37 Tagen immun gemacht und die von ihr gelieferte Milch auf ihre Immunisierungsfähigkeit geprüft. Nach Verfütterung dieser Milch an neugeborene Mäuse gelang es, dieselben gegen Tetanus immun zu machen, und zwar wurde das Optimum der Wirkung nach Injektion von 0,2 ccm Milch erreicht. Auch konnte die Tetanusinfektion noch unterdrückt werden, wenn die Milch nicht sofort, sondern erst 6 Stunden nach Einführung der Tetanussplitter injiziert wurde. Bei älteren Mäusen ist die Immunisierung mittelst jener Milch noch nicht gelungen. *L. Philippson-Hamburg.*

Über eine Art von Immunität nach überstandener Kroton-Entzündung, von Samuel. (*Virch. Archiv,* Bd. 127, Heft 3.) Hat man ein Kaninchenohr durch mehrtägige Einreibung von Krotonöl in Entzündung versetzt, so tritt starke Exsudation, Blasenbildung und schliefslich Verschorfung ein, die bei dünnen Ohren zur brandigen Abstofsung führt. Hört man vorher auf und läfst die Entzündung abheilen, so tritt bei erneuter Einreibung auch wieder Hyperämie und exsudative Trübung auf, aber die Erscheinungen bleiben auf einem niedrigen Grade stehen, nie folgt tiefere Gangrän. Nach 4—5 Wochen stellt sich die normale Entzündungsfähigkeit wieder her. Wir haben also hier eine Art von Immunität ohne bakterielle Ursache. Verfasser fafst die Immunitätsfrage also dahin zusammen, dafs jede Entzündung Veränderungen schafft, die einer neuen Entzündung aus derselben Ursache Hindernisse in den Weg legt. Diese Veränderungen liegen hauptsächlich in den Blutgefäfsen, die eine Tendenz zur Gefäfsenge behalten; auch eine verminderte Alterationsfähigkeit und verringerte Neigung zur Stasenbildung ist vorhanden.

F. Hahn-Bremen.

Angioneurosen.

Hämophilie, von B. K. Rachford. (*Med. News.* 27. Februar 1892.) Ein gesunder Ackerwirt, Deutsch-Amerikaner, Charles Denner, hatte 9 Kinder; von diesen haben zwei die ausgesprochenen Erscheinungen der Hämophilie dargeboten; das älteste Kind, jetzt verheiratet, selbst gesund, hat drei Söhne geboren, von denen das jüngste ein Bluter ist. Verfasser hat vergeblich nach weiteren ätiologischen Momenten gesucht. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von Windle. (*Brit. Med. Journ.*, 1891, Dezember 12.) Die 75jährige Patientin fiel während eines Spazierganges um und verlor eine Menge Blut aus Rektum und Vagina. Die ganze Haut war mit dunkelroten Flecken von verschiedener Gröſse bedeekt. Am nächsten Tage trat Hämoptyse und Nasenbluten auf, dann ein Extravasat an der Oberlippe und Schwäche im linken Arm. Am fünften Tage starb sie plötzlich, wahrscheinlich an einer Gehirnblutung. *F. Hahn-Bremen.*

Peliosis rheumatica im Säuglingsalter, von M. Abelmann. (*St. Petersburger medic. Wochenschr.* 1892. No. 15.) Nachdem in einer Familie ein 7jähriges Mädchen einen akuten Gelenkrheumatismus überstanden, erkrankte ihr ½ Jahr altes Brüderchen mit Gelenkschwellungen, Bildung zahlreicher Petechien und akut einsetzendem Fieber mit remittierendem Charakter. Heilung. — Verfasser betont gegenüber Scheby-Busch und anderen die selbständige Stellung der Peliosis rheumatica und ihr häufiges Vorkommen in Familien, in welchen rheumatische Gelenkaffektionen oft beobachtet werden. Den rheumatischen Krankheitsprozeſs hält er für das primäre, die Blutungen sind als Folgen desselben aufzufassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Tuberkulinreaktion durch Proteine nicht spezifischer Bakterien, von H. Buchner. (*Münch. med. Wochenschr.*, No. 49, 1891.) Roemer hat bereits gezeigt, daſs die als spezifisch geltende Reaktion des Tuberkulin, einem Tuberkelbazillen-Protein, bei tuberkulösen Meerschweinchen auch durch proteinhaltige Extrakte des Bacillus pyocyaneus erhalten werden. Er gewann das Protein durch auf 24 Stunden und darüber fortgesetztes Kochen oder durch längeres Stehenlassen der im Wasser suspendierten und gekochten Bakterien im Thermostaten. Die Extraktion wird nun begünstigt, wie B. zeigt, durch vorübergehendes Trocknen der feuchten Bakterienmassen, so daſs man über ⅓ der gesamten Bakterienmasse im Extrakte erhalten kann; der Gewinn kann durch Zuhülfenahme des Dampfkessels sogar auf 50 % gesteigert werden. Aus diesen Extrakten werden die Proteine als im Wasser lösliche Eiweiſskörper durch absoluten Alkohol ausgeschieden; sie werden im Gegensatz zu den durch Kalilauge gewonnenen (Alkaliproteine) beim schwachen Ansäuern nicht gefällt (mit Ausnahme der Pyocyaneus-Proteine). Ihre Wirkungen sind: 1. Subkutane Einführung in sterilisierten, später unter der Haut zerbrochenen Spindelröhren bei Kaninchen bewirkt: starke Chemotaxis, Bildung von Eiterpfröpfen in den freien Röhrenenden. 2. Subkutane Injektion beim Hunde bewirkt Fieber, Schläfrigkeit und Apathie. 3. Subkutane Injektion von 0,1 mg Pneumobazillen- oder Prodigiosusprotein beim Menschen ruft an der Injektionsstelle Rötung, Schwellung, Hitze, Schmerz, aber keine Allgemeinerscheinungen hervor. Die Folgen beginnen nach 48 Stunden zurückzu-

gehen. 5. Subkutane Injektion bei tuberkulösen Meerschweinchen in tödlicher Dosis ruft dieselben Wirkungen hervor, wie das Tuberkulin: hämorrhagische Herde etc. Tod nach einigen Stunden. Gesunde Tiere sterben erst nach 15—30 Stunden ohne die charakteristischen Erscheinungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

c. *Syphilis.*

Dauer der Syphilisbehandlung, von M. Kaposi. *(Internat. klin. Rundsch.* 1892, No. 16.) In den Ausführungen, die dem eben erschienenen Werk von Kaposi über „Pathologie und Therapie der Syphilis" entnommen sind, wendet sich K. aufs neue gegen die in Frankreich von Fournier, in Deutschland besonders von Neisser gepriesene „Méthode des traitements successifs". Wo hat diese protrahiert-kumulative Behandlungsmethode eine Grenze? Da noch nach 10—25 Jahren luetische Erscheinungen auftreten können, kommt man folgerichtig zu einer Behandlung für das ganze Leben. Beim Auftreten syphilitischer Symptome ist eine Behandlung nützlich, obgleich auch da eine topische Applikation entsprechender Medikamente genügt, zur Beruhigung des Kranken, besonders kurz vor der Verehelichung nicht schädlich, aber eine jahrelange schablonenmäſsige Durchführung der Kur mit Hg und Jod auch ohne direkte Indikation ist ganz unmotiviert und unnötig, denn die meisten Kranken bleiben nach einer einmaligen gründlichen Kur gesund, heiraten und setzen eine gesunde Nachkommenschaft in die Welt. Solch eine Behandlung ist aber auch schädlich erstens in physischer Beziehung — vielleicht hängt die groſse Zahl syphilitischer Nervenerkrankungen in Frankreich mit dieser dort üblichen Behandlung zusammen —, zweitens in psychischer Beziehung, da solche Menschen im Ringen zwischen der Scylla der Syphilophobie und der Charybdis der Hydrargyrophobie ermattet untergehen.

Man muſs die erste Behandlung lange und sorgfältig durchführen, sie dann aber nur bei charakteristischen Syphiliserscheinungen wiederholen. Gegen eine gelegentliche Wiederholung derselben in den ersten Jahren ist ja nichts einzuwenden, eine solche ist nicht schädlich, das ist aber verschieden von einer kontinuierlichen Kur. Man muſs auch bedenken, daſs die Wirkung von Quecksilber an sich schon durch Monate anhält und deshalb eine protrahierte ist. Je entschiedener und nachhaltiger in der allerersten akuten Erkrankungsperiode die Behandlung durchgeführt wird, desto sicherer wird Rezidiven vorgebeugt. Als die beste Behandlung ist die Einreibungskur zu bezeichnen, dann die Injektionen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ist die Abortivbehandlung der Syphilis möglich? von Loewy. (Inaug.-Diss. Berlin 1892.) Am Schlusse seiner unter den Auspizien Blaschkos verfaſsten Dissertation kommt Verfasser zu der Ansicht, daſs die Abortivbehandlung der Syphilis durch Exzision der Sklerose häufig nicht nur möglich, sondern auch geboten erscheint, wennschon ihr sicherer Erfolg von manchen Vorbedingungen abhängig ist.

Diese Vorbedingungen sind folgende:

1. Darf noch keine deutliche Inguinaldrüsenschwellung vorhanden sein.
2. Darf nur e i n Ulcus vorhanden sein und
3. darf dies nicht über linsengroſs sein, da man sonst nicht mehr ausschlieſslich im Gesunden operieren kann.
4. Darf das Ulcus nicht länger als 4—5 Tage bestanden haben.
5. Muſs der Sitz der Sklerose operativ leicht zugänglich sein.

F. Hahn-Bremen.

Zwei Fälle seltener Syphilisformen, von A. Mraček. (Demonstration im *Wien. med. Doktoren-Collegium*, No. 7, 12. 91.) Im ersten Falle handelt es sich um eine

S k l e r a d e n i t i s u n i v e r s a l i s bei einem vor 3 Monaten infizierten Kranken: Die Inguinaldrüsen von Nuſsgröſse, in der Kubita ganze Drüsenketten; ebenso zahlreiche vergröſserte Drüsen am Thorax, Halse, Axilla u. s. w. Die Drüsenschwellungen reagieren nur sehr wenig auf die Therapie. — Bei dem zweiten Patienten diagnostizierte M.: S y p h i l o m a h y p e r t r o p h i c u m d i f f u s u m; trotz des fehlenden Nachweises einer luetischen Infektion. Es handelte sich um eine im Gesicht aufgetretene Geschwulst an beiden inneren Augenmuskeln über die Nase gehend; nach einer Inzision hatte sich ein stets wachsendes Geschwür entwickelt. Der Sitz im Gesicht, das Ausgehen vom Periost soll für diese Affektion charakteristisch sein. Eine lange fortgesetzte, energische Kur mit Hg und Jodkalium führte schlieſslich Heilung herbei.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Thymolquecksilber, von van den Bosch. (Inaugural-Dissertation. Würzburg 1890.) Bericht über 16 Fälle von Syphilis, welche in der Syphilido-Klinik in Würzburg mit Thymolquecksilber behandelt wurden. Nach den hierbei gemachten Erfahrungen übt dieses Präparat sowohl auf leichte, wie auf die schwersten Formen der Syphilis eine sehr intensive heilende Wirkung aus, und es genügen durchschnittlich 6 Injektionen bei einer Kurdauer von durchschnittlich 32 Tagen, um die Erscheinungen zum Rückgange zu bringen. Leider waren die Nebenerscheinungen: Stomatitis, Schmerz und Infiltration an der Injektionsstelle so häufig, daſs von weiterer Anwendung dieses Präparates abgesehen werden muſste. *Seifert-Würzburg.*

Über die klinischen und histologischen Veränderungen der luetisch erkrankten Tonsillen und Gaumenbögen, von J. Neumann. *(Wien. klin. Wochenschr.* 1891, No. 49.) Wie N. an Hautstücken, die früher der Sitz luetischer Effloreszenzen gewesen waren, Anhäufungen von Rundzellen in der Cutis auffinden konnte, aus denen später Gummen sich entwickeln, so konnte er auch in der Mund- und Rachenschleimhaut, speziell auch im Gewebe der Tonsillen solche nicht resorbierte Exsudatreste mikroskopisch nachweisen, und erklärt damit die Häufigkeit tertiärer Symptome im Rachen. Daſs diese meistens zu Verwachsungen des Gaumensegels und der Uvula mit der hinteren Rachenwand führen, hat seinen Grund nicht allein darin, daſs die sich berührenden Granulationsflächen verkleben und verwachsen, sondern vor allem auch in einer gleichzeitig im Stadium der Papeln auftretenden Entzündung der willkürlichen Muskeln, die Verfasser ebenfalls mikroskopisch nachweisen konnte, und durch die auch die subjektiven Beschwerden beim Schlingakte ihre Erklärung finden.

F. Hahn-Bremen.

Progressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von Angiokeratom, von M. Joseph. (*Berl. klin. Wochschr.*, No. 20.) In der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft vom 30. März d. J. stellte Herr J. einen Fall von Angiokeratom vor. Es ist eine sehr seltene Hauterkrankung, von welcher bisher nur 7 Fälle in der Litteratur mitgeteilt sind. Die Erkrankung betrifft einen 19jährigen jungen Menschen, welcher seit seiner frühesten Kindheit an Frostbeulen litt. Die jetzt sichtbaren Veränderungen begannen, im Anschluſs hieran, sich im 10. Lebensjahre einzustellen. Beide Hände sind ziemlich stark geschwollen und blaurot verfärbt. Auſserdem befinden sich an der Dorsalseite der Finger eine groſse Anzahl stecknadelspitzgroſser Blutungen, welche auf Druck ihre Farbe nicht verändern. An einzelnen Stellen sieht man alsdann kleine Wärzchen mit rauher spitziger Oberfläche, welche ebenfalls an ihrer Basis eine Anzahl Blutpunkte enthalten. Indem die Blutaustritte entweder isoliert oder in gröſserer Anzahl kombiniert mit den Warzen

auftreten, kommt ein ziemlich buntes Bild zu stande. Die Affektion ist ungefähr symmetrisch auf beiden Händen verteilt. Ebenso sind die Zehen beider Füfse genau von derselben Affektion befallen. Das anatomische Bild ist in allen Fällen das gleiche. J. hat ein kleines Gebilde exstirpiert und mikroskopisch untersucht. Dabei sieht man neben einer Anzahl erweiterter Gefäfse kleinere und gröfserere Lakunen im Papillarkörper. Später bildet sich darüber eine starke Hypertrophie des Stratum corneum, eine richtige Warze, und daher hat Mibelli die Bezeichnung Angiokeratom eingeführt. Die Behandlung ist mit dem von Unna zuerst konstruierten, später von Buzzi verbesserten Mikrobrenner eingeleitet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Lehre des Morbus Addisonii, von Fr. Leon (*Virch. Arch.* Bd. 125, 1. ref. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1891, No. 93). Verfasser berichtet über sechs typische Fälle, einer besteht seit acht Jahren. In dreien waren die Nebennieren primär erkrankt, in den übrigen schienen sie sekundär erkrankt. Ein gutes Erkennungsmittel des Morbus Addisonii (im Gegensatz zum Icterus) bilden die Pigmentationen der Mundschleimhaut und der Conjunctiva sclerae. Im Urin fand sich reichliche Vermehrung der freien Fettsäuren. Dafs die Bronzefärbung bei Carcinom der Nebennieren fehlt, erklärt Verfasser aus der mangelnden Neigung des Krebses auf die Nervenstränge überzugreifen, die umgekehrt beim Tuberkel stark ausgeprägt ist.

F. Hahn-Bremen.

Zur Lehre von der Schleimmetamorphose der Krebszellen, von August von Kosinski. (*Centralbl. f. allg. Path. u. pathol. Anatom.* 1892. 4.) Verfasser untersuchte einen Fall von Carcinoma gelatinosum des Magens und zeigt, wie die Degenerationsprodukte am besten die Kernfarbe fixieren, dabei mit Saffranin und Toluidinblau deutliche Metachromasie liefernd, indem sie mit ersteren orange, mit letzteren violett werden. Die Degeneration der Zellen kann eine totale oder nur eine partielle sein und sowohl den Zellleib allein, wie den Kern allein primär ergreifen. Im Centrum von Schleimspheroiden finden sich zuweilen Zellen mit allen Merkmalen von Wanderzellen. Die genannte Metachromasie schleimiger Massen konnte auch bei kolloidem Gewebe beobachtet werden, jedoch gab dieses mit Toluidinblau nicht violett, sondern grün. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Beobachtungen über Karzinom-Einschlüsse, von Steinhaus. (*Virch. Arch.* Bd. 127, Heft 1.) Verfasser hat in einem Carcinoma plantae pedis zahlreiche Zelleneinschlüsse beobachtet und genauer untersucht, die von anderen Autoren als parasitäre Fremdlinge gedeutet werden. Eine Art, bei der an den eingeschachtelten Zellen einer Karzinomperle ein Fadenbesatz sich zeigt, hält er für Degenerationsformen des Kerns; die Fäden sind Verlängerungen des Stachelsaumes, welche die ganze Zelle durchziehen, und nach dem Absterben der Zelle durch die Färbung deutlich hervortreten. Bei einer anderen Form homogenisiert das Protoplasma, der Kern liegt wie in einer Vakuole; er verliert entweder nach und nach sein Tinktionsvermögen, oder es finden Verklumpungen des Chromatins statt; das Endstadium der Umwandlung ist in beiden Fällen Schwund des Kerns. Verfasser hält dies für einen Verhornungsprozefs mit Übergehung des Intermediärstadiums der Eleidinkörner, wie ähnliches auch bei Psoriasis z. B. von ihm gefunden ist.

Virchow weist in einer Nachschrift (eodem loco) darauf hin, dafs er früher ähnliche „**Einschlüsse**“ als endogene Zellbildungen erklärt hat; später hat er die Möglichkeit ihrer parasitären Natur hervorgehoben, ohne sie aber beweisen zu können.

F. Hahn-Bremen.

In der k. k. Gesellschaft der Ärzte Wiens stellte Adamkiewicz am 13. November 1891 (*Wien. klin. Wochenschr.* 1891, No. 47) einen nach seiner Methode behandelten Fall von **Epitheliom** vor. Derselbe soll geheilt sein; durch das Mittel des Vortragenden,

welches neutral reagiert und in der Umgebung des Kankroids eingespritzt wird, sollen keine Reizerscheinungen am Ort der Einspritzung, wohl aber typische Reaktionen im Kankroid selbst erzielt werden, die zur Vernarbung desselben führen. Soweit der Redner; übel wird aber in der Diskussion mit ihm verfahren. Sowohl BILLROTH wie KAPOSI betonen, daſs es sich bei dem vorgestellten Patienten um ein durchaus wohl charakterisiertes Karzinom handelt, das zwar im Zentrum übernarbt ist, im übrigen aber mit einem richtigen Infiltrationswall, der aus Kankroidknötchen besteht, peripher fortschreitet; derartige centrale Heilungen treten häufig spontan auf, können aber mit Leichtigkeit durch chirurgische Manipulationen oder Ätzungen erzielt werden. Jedenfalls ist diese Art von flachen Hautkrebsen durchaus gutartig. Ebenso spricht MAUTHNER die Ansicht aus, daſs der in Rede stehende Fall durch Excision und Plastik wohl längst geheilt worden sein würde. Schlimmer noch sind die Mitteilungen FRANKS, des Assistenten an ALBERTS Klinik, an der ADAMKIEWICZ seine Versuche anstellte, für diesen. Derselbe sah nach den angeblich nicht reizenden Injektionen stets schmerzhafte lokale Infiltrationen, die Redner sich daher vielleicht aus der mangelnden Antisepsis erklärt. An den Epitheliomen sah FRANK dabei nie eine Reaktion, die Veränderungen an den Krusten erklären sich aus den häufigen Palpationen, denen sie ausgesetzt waren. Auch DITTEL hat bei einem von A. behandelten Falle die regionären Drüsen im Laufe der Behandlung vergröſsert, das Epitheliom selbst unverändert gefunden.

F. Hahn-Bremen.

Verwechselung von Ulcus rodens und Ephitheliom. H. G. BROOKE schreibt im *Brit. Journ. of Derm.*: In der Versammlung der K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien zeigte ADAMKIEWICZ am 13. November 1891 als geheilt einen Patienten (*Deutsche Medizin. Zeitung.* 19. Nov.) den er, offenbar ohne sich durch das bedauerliche Beispiel KOCHS abschrecken zu lassen, mittelst Injektionen eines Geheimmittels behandelt hatte. Vier Tage nach der Injektion fing die Heilung an, und in ungefähr sechs Wochen war die ganze Fläche vollständig überhäutet. Da sich aber Krankheitsherde noch in der Peripherie vorfanden, und da eine ziemlich schnelle Überhäutung des Zentrums solcher Geschwüre auch durch andere Mittel zu erzielen ist, so fand die Prozedur nicht viel Beifall. Das Auffälligste hierbei war aber der Mangel aller Unterscheidung zwischen „Epithelioma“ und „Ulcus rodens“ seitens der Teilnehmer an der Diskussion. Allerdings sind sie beide epitheliale Karzinome; aber der Ursprung, das histologische Aussehen, der Verlauf und die Prognose dieser zwei Affektionen sind so vollständig verschieden, daſs die Verwechselung derselben oder wenigstens die ungenügende Anerkennung der zwischen ihnen bestehenden Unterschiede seitens der Hauptredner, BILLROTH und KAPOSI, entschieden eine Stütze abgiebt für die Behauptung UNNAS, daſs in Deutschland kein Neoplasma so falsch verstanden ist, wie das Ulcus rodens. Der Fall, um den es sich handelte, war offenbar ein typisches Ulcus rodens, das viele Jahre bestanden hatte und die Umgebung des Auges, sowie die Augenlider befallen hatte. KAPOSI hatte selbst den Fall seit Jahren von Zeit zu Zeit behandelt, wann immer der Patient sich einzustellen pflegte, aber in seinen Auslassungen war keinerlei Erwähnung eines Ulcus rodens vorhanden, vielmehr sprach er nur vom Hautkrebs und Epitheliomata, von denen die einen rascher und tiefer wüchsen, als andere. BILLROTH erwähnt den Fall als „flaches Epitheliom“, „welches sich auch dadurch auszeichnet, daſs es im höheren Alter als Lupus senilis oder hinwiederum als Ulcus rodens auftritt.“

Ulçus rodens ist in England so häufig, und wir haben infolgedessen so vielfache Gelegenheit, dasselbe in allen Stadien zu beobachten, daſs uns schwer begreiflich erscheint, warum unsere deutschsprechenden Kollegen noch fortwährend diese beiden Affektionen verwechseln sollten, da dieselben doch in ihrem klinischen Verhalten,

sowohl betreffs ihres Ursprungs, als auch ihres Verlaufs, der Dauer, der Therapie und Prognose, so sehr verschieden sind. *Philippi-Nieheim.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zur Favusfrage, von Dr. Plaut. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* XI. Bd. 1892. No. 12.) Auf Fleischpeptongelatine, Fleischpeptonagar, Milch und Malzinfus war das Wachstum vollständig übereinstimmend mit dem von Kral beschriebenen Pilz. Auf Kartoffelscheiben bildete der Pilz unregelmäfsige, fleckige, graulich-weifse Verfärbung der Oberfläche der Kartoffel; an ausgetrockneten Stellen entwickelte sich spärliches weifses Luftmycel. Sehr energisches Tiefenwachstum. Kartoffel etwas dunkel, manchmal grau, manchmal bräunlich verfärbt. Auf Eiern kam es zu ähnlichen graulich-weifsen Flecken wie auf der Kartoffel. Auch hier sehr energisches Tiefenwachstum, nach 14 Tagen : 3 mm tief. Reichliche Konidienbildung. Auf Blutserum wuchs der Pilz ebenso schnell wie auf Peptonagar, sogar noch rascher bei Zusatz von 5 % Glycerin. Auf der Oberfläche bildete sich ein grauweifser, dünner, zusammenhängender, schmaler Belag, in den Nährboden strahlten aus: lange dünne, parallel der Oberfläche und nach unten verlaufende Ausläufer. Serum nicht verfärbt, nicht verflüssigt. Sehr reiche Konidienentwickelung.

Die Entwickelung des Pilzes ist folgende: Aus einer Konidie keimen Mycelfäden aus, welche ein strahliges Mycelgeflecht darstellen; am 3. Tag schwellen die Mycelenden kolbig an und bilden am Ende des Mycels Blasen, in welchen gelbe Körperchen auftreten. Neben den kolbig anschwellenden Mycelenden enwickeln sich auch Mycelästchen mit gabeligen Enden. Ebenso wie in den Endblasen kann es auch in den gabeligen Enden zur Ansammlung und späterhin zum Austritt von gelben Körperchen kommen. Die gelben Körperchen stellen nach Pl. dar: andrängendes Protoplasma, welches die Endzellen kolbig resp. blasig auftreibt. Aus den Hyphen mit gabeligen Enden und ausgetretenen gelben Körperchen bilden sich zangenförmige Verzweigungen (Tochtermycel Krals); diese Bildungen bedingen makroskopisch das moosartige Aussehen des Pilzes von der Unterfläche. Am 5. Tag beginnt die Konidienentwickelung, welche am 7. Tag beendet ist. Nach vollendeter Konidienbildung ist weder von den gelben Körperchen noch auch von den Endblasen etwas zu sehen. Übertragungsversuche auf schwarze Mäuse waren positiv. Rückimpfungen ergaben wiederum denselben Pilz. Gute Abbildungen erläutern die makroskopischen und mikroskopischen Befunde. *Neebe-Hamburg.*

Neuere Untersuchungen über Favus, von G. D. Holsten. (*New York med. Journ.* 5. III. 1892.) Ein Auszug, namentlich aus den Arbeiten von Unna (*Monatsh.* 1. Jan. 1892) und Frank (ibid. 15. III. 1891) über diesen Gegenstand. Aufserdem werden Untersuchungen von Mibelli (*La Riforma med.* 1891. No. 69 und 79) und Kaposi (*Intern. kl. Rundschau*, 1891. 13 und 15) erwähnt. *Philippi-Nieheim.*

Über einen Fall von Myxödem, welcher durch Massage und Injektionen eines Extrakts der Schilddrüse von Schafen erfolgreich behandelt wurde, von W. Beatty. (*Brit. med. Journ.* 12. III. 1892.) Eine 45jährige verheiratete Dame zeigte vollständig ausgeprägte Symptome von Myxödem. Das Leiden hatte seit 5—6 Jahren bestanden und hatte einen sehr hohen Grad bereits erreicht. Nachdem Massage während etwa 7 Wochen mit mäfsigem Erfolg angewandt worden war, wurde nach dem Vorgang von G. R. Murray ein wässeriger Auszug der Schilddrüse eines Schafes subkutan injiziert. Im Laufe von 2 Monaten sind Extrakte von fünf

Drüsen verbraucht worden. Der Erfolg wird als zauberhaft beschrieben; am Ende der Behandlung sind die Krankheitserscheinungen so gut wie vollständig verschwunden.
Philippi-Nieheim.

Über die Behandlung von chronischen Fufsgeschwüren und Ekzemen mit dem Unnaschen Zinkleimverband, von Professor Dr. L. Heidenhain. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 14.) Jedem Fufsgeschwürkranken läfst H. zuerst ein warmes Fufsbad von 15—30 Minuten Dauer geben, in welchem derselbe sich mit Schmierseife und Holzcharpie oder einem Wattebausch selbst gründlich zu reinigen hat. In solch' einem Bade stöfst sich der gröfste Teil der mit Eiter und Schmutz aller Art imprägnierten Krusten und Epidermisschuppen ab. Ist der Fufs sauber, so folgt nach Abtrocknung der Extremität eine gründliche Desinfektion des ganzen Beines mit 1‰ Sublimatlösung. Alsdann wird die Umgebung des Ulcus in weitem Umkreise, sowie alle ekzematöse Haut mit einer dicken Schicht Lassarscher Zinkpaste (Zinc. oxyd., Amyl. ≡ 1, Vaselin. 2 — keine Salicylsäure!) eingeschmiert. Nur bei sehr stark nässenden Ekzemen wird Borlanolinvaseline statt ihrer verwendet. Das Ulcus selbst wird, so lange es noch schmierig belegt ist, mit einer geringen Menge von Jodoform bestäubt; späterhin, wenn es sich gereinigt hat, wird es mit der gewöhnlich roten Präcipitatsalbe bestrichen, welche kräftige Granulationen anregt und die Vernarbung befördert. Dermatol in geringen Mengen auf gereinigte Ulcera aufgepudert, schränkt die Sekretion manchmal ganz auffallend ein und scheint ebenfalls die Vernarbung zu fördern. Nur wenn das Ulcus stark secerniert, wird es mit einigen Blättchen sterilen Mulls bedeckt; kleinere, wenig secernierende Geschwüre werden ohne weiteres eingeleimt. Mit dem Unnaschen Zinkleim (Zinkoxyd, Gelatine ≡ 20, Glycerin und Wasser ≡ 80) wird nun das vorbereitete Bein von den Zehen bis zur Spina tibiae vorn und bis über die Gastrocnemiusköpfe hinten angepinselt, worauf es mit einer gewöhnlichen, in Wasser eingeweichten, gestärkten Gazebinde von den Zehen bis zur Kniekehle hinauf eingewickelt wird. Die Binde mufs der Haut vollkommen glatt und gleichmäfsig anliegen. Dann wird das Bein wiederum mit Leim bepinselt, und zwar so stark, dafs alle Maschen der Gazebinde ringsum mit Leim erfüllt sind. Darauf legt man eine weitere Bindeschicht abwärts schreitend an, leimt wieder, wickelt wieder, bis etwa vier Lagen eingeleimter Gaze vollkommen glatt übereinander liegen. Zum Schlufs wird eine einfache Mullbinde übergewickelt, damit der Leim nicht abfärbt. Der Verband trocknet allmählich und wird, so lange die Sekretion stark ist, wöchentlich 1—2 Mal erneuert; späterhin können die Verbände zwei Wochen liegen. Sind die Ulcera und Ekzeme erst einmal zur Heilung gelangt, so sollen die Zinkleimverbände, die nur alle 4—6 Wochen gewechselt werden, zum Schutze weiter getragen werden.
L. Hoffmann-Berlin.

Mifsbildungen.

Über Hypertrichosis congenita universalis, von Professor Bonnet. (Sep.-Abdruck aus den *Anatomischen Heften*, 1892.) Im Anschlufs an einen Fall von angeborener Haarlosigkeit bei einer Ziege bespricht Verfasser ähnliche seltene Fälle, welche bei Menschen und Tieren beobachtet worden sind. Da beim Menschen diese Anomalie noch nicht gründlich mikroskopisch untersucht ist, so hat die vom Verfasser gegebene Histologie seines Falles auch Interesse für uns. Die im übrigen normale Haut zeigt überall deutlich entwickelte Haare, welche aber noch unter der Hornschicht liegen und nicht durchgebrochen sind. Die Haare sind normal entwickelt und liegen gewunden und aufgeknäult in ihren Bälgen, indem sie mehr oder weniger gegen die die Follikelmündung abschliefsende Hornschicht andrängen. Die Haare sind teils

marklos, teils markhaltig. Die Hornschicht an der Follikelmündung ist doppelt und vierfach so dick als die normale. Verfasser gelangt zum Schlufs, dafs hier eine mit abnorm dicker Hornschichtentwickelung verbundene verspätete Anlage der Haare vorliegt, wie sie in ähnlicher Weise als Lichen pilaris bekannt ist.

L. Philippson-Hamburg.

Zur Kenntnis des halbseitigen Naevus verrucosus, von Dr. Adolf Hagen. (*Münch. med. Wochschr.*, No. 19.) Beschreibung eines Falles von in Fächer und Streifen angeordnetem, warzigem Naevus. Befallen ist bei dem 2½-jährigen Kinde nur die linke Körperhälfte, und zwar am stärksten der Rumpf, schwächer Nacken und Extremitäten. Wegen der auffallenden linsenförmigen Anordnungen der Wärzchen giebt Verfasser die genaue Topographie an und kommt im Gegensatz zu anderen Autoren, welche nach dem Vorgange von Bärensprung eine Übereinstimmung des Verlaufes der Streifen mit dem der Hautnerven gefunden hatten, zu dem Schlufs, dafs zwar stellenweise dieselbe besteht, dafs aber „in der Gegend der stärksten Eruption sicher der Zusammenhang mit der Verbreitung der Hautnerven fehlt“. Als bestes Beispiel dafür ist der Verlauf der Streifen an dem Rücken anzuführen, wo sie anstatt parallel mit den Interkostalräumen zu ziehen, „deutlich schräg von der Mitte nach oben und aufsen“ gehen. Verfasser gelangt also zu demselben Resultat, wie Referent in seiner Publikation: Zwei Fälle von Ichthyosis cornea partialis (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, XI. Bd., No. 8, 1890), die dem Verfasser nicht bekannt gewesen zu sein scheint. *L. Philippson-Hamburg.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Pathologie und Therapie des Urogenital-Apparates, von v. Frisch. (*Intern. klin. Rundschau.* 1892. 11.) Kasuistische Mitteilungen:

1. **Zottenkrebs an der hinteren Blasenwand** bei einer 37 Jahre alten Frau. Entfernung von der Vagina aus. Heilung.

2. **Angiosarkom des Nierenbeckens** bei einem 24 Jahre alten Manne. Entfernung mit Eröffnung des Peritoneum. Heilung.

3. **Stenosis orificii externi urethrae.** Plastik. Heilung.

4. **Zweimaliger Steinschnitt** in demselben Jahre bei einem 70jährigen Manne; das erste Mal wegen eines Fremdkörpers (Beinknopf des verkehrt eingeführten Katheters), das zweite Mal wegen eines Divertikelsteins, der sich um einen Faden gebildet hatte, mit dem er am Beinknopf befestigt gewesen war. Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hämaturie und Hämoglobinurie, von Cohn. (*Der ärztl. Prakt.* No. 45. 1891.) Der Aufsatz enthält eine Zusammenstellung des über obige Erkrankungen Bekannten.

F. Hahn-Bremen.

Über Albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Quecksilber, von Welander. (*Nord. med. Arkiv.* Bd. 23. No. 29.) Nach einleitenden Bemerkungen über die Schwierigkeit der Entscheidung, ob eine bei vorhandener Syphilis bestehende Albuminurie in ätiologischem Zusammenhang mit derselben steht oder nicht, geht Verfasser in der sehr exakten und umfassenden Arbeit auf die von ihm beobachteten Fälle über. Er kommt zu dem Schlufs, dafs Albuminurie und Cylindrurie, auf Syphilis beruhend, im frühen Stadium derselben selten sind. Im späteren Stadium tritt ohne erkennbare Ursache, zusammen mit Gummen, Papulo-Tuberkeln etc. anderer Teile, eine akute Nephritis mit Blutcylindern etc. auf und verschwindet bei spezifischer Behandlung. (Möglicherweise beruht sie auf Entleerung von im Zerfall begriffenen Nierensyphilomen). Quecksilberbehandlung, besonders kräftige, giebt oft Anlafs zu

Cylindrurie oder Albuminurie, die gleich der Stomatitis, je nach der individuellen Disposition, schwerer oder gelinder auftreten. Der Urin ohne Eiweifs und Cylinder berechtigt nicht zum Schlufs, dafs nur unbedeutende Mengen von Hg resorbiert seien; die Kenntnis von dieser Menge wird durch Untersuchung von Urin und Faeces erhalten. (Zur Untersuchung auf Cylinder bediente Verfasser sich des STENBÄCKschen Sedimentators.) Die Nierenaffektionen, die durch Hg-Behandlung hervorgerufen sind, gehen schnell vorüber und lassen in der Regel keine Disposition für Nephritis in der Zukunft zurück. *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung der von Filarien im Blute erzeugten Chylurie mit Thymol, von E. LAWRIC. (Lancet, 14. Februar 1891. *Dtsch. Med.-Ztg.* No. 93. 1891.) Verfasser hat bei 2 Fällen von Chylurie infolge von Filarien Heilung durch interne Darreichung von Thymol gesehen, bei Lepra, Tuberkulose, Gonorrhöe sah er dagegen keinen Erfolg; er sagt daher, „entweder ist das Thymol kein Gift für deren Mikroorganismen, oder diese sind nicht die Erreger der erwähnten Krankheiten". Jedenfalls empfiehlt er das Thymol der Sorge der Bakteriologie. *F. Hahn-Bremen.*

Die primäre Urogenitaltuberkulose des Mannes und Weibes, von HJALMAR HEIBERG. (*Virchow-Festschrift.*) Das Wort VIRCHOWS, dafs es für die Praxis wichtig ist, bei allen Formen von Dyskrasie dem örtlichen Ursprung und der äufseren Veranlassung nachzuspüren, hat den Verfasser bewogen, die Fälle von Urogenitaltuberkulose in den letzten 20 Jahren zu sammeln mit besonderer Berücksichtigung der primären Fälle, die seltener sind als die deuteropathischen. Allerdings rechnet Verfasser zu den primären auch diejenigen, in welchen ausgeheilte Tuberkulose der Lungenspitzen oder Reste geheilter Skrophulosen sich fanden, was vielleicht nicht ganz richtig ist. Trotzdem die Urogenital-Tuberkulose in der Tiefe anfängt, kann man doch eine Infektion von aufsen annehmen, da in allen Organen der tuberkulöse Herd sich zuerst etabliert in den letzten Abschnitten des Ausführungsganges, gleichsam am Übergang zum eigentlichen Drüsengewebe. — Es sind nur destruktive käsige Herde berücksichtigt, nicht Miliartuberkeln. Unter 2858 Sektionen sind 84 Fälle von Urogenitaltuberkulose: 29 primäre, 55 sekundäre; unter den primären 16 männliche, 13 weibliche; unter den sekundären 33 männliche und 22 weibliche. Betroffen sind bei den

	primären		sekundären	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Harnorgane allein	1	3	7	7
Geschlechtsorgane allein	5	5	13	8
Harn- und Geschlechtsorgane	10	5	13	7

Bei den sekundären Knochen- und Gelenkserkrankungen häufiger die Ursache als Lungenleiden.

Primäre Tuberkulose der Harnwerkzeuge bei beiden Geschlechtern: Ob Niere oder Harnblase zuerst betroffen, fraglich; bei den sekundären scheint stets die Niere zuerst ergriffen; oft einseitig; wenn beide Seiten betroffen, eine immer erheblich mehr als die andere (Überwanderung via Harnleiter, Blase etc.?). Beginn in den Nieren konstant in den Papillen oder der Schleimhaut des Nierenbeckens. Lobuläre Anordnung der tuberkulösen Herde charakteristisch; die käsigen Höhlen kommunizieren immer durch die Kelche mit den Nierenbecken. Fortsetzung auf die Harnleiter als diffuse käsige Entzündung oder in einzelnen oft zirkulären Geschwüren; Durchbruch desselben nur einmal beobachtet. In der Blase ist das Trigonum und die Uretherenmündung der Lieblingssitz.

Genitale und kombinierte Urogenitaltuberkulose beim Manne:

Ergriffen: Nebenhoden, Hoden, Vas deferens, Samenblasen, Prostata; primäre: Genitaltuberkulose 5, Urogenitaltuberkulose 10; sekundär: Genitaltuberkulose 13, Urogenitaltuberkulose 13. Bei den 15 primären: Nebenhoden 13, Samenblase 8, Prostata 11 mal ergriffen; bei den 26 sekundären: Nebenhoden 23, Samenblase 14, Prostata 15 mal ergriffen; bei den paarigen Organen teils doppelseitig, teils einseitig. Mit einer Ausnahme bei den Geschlechtsdrüsen immer zuerst der Nebenhoden ergriffen. — Alter: 17—36 Jahre.

Genital- und Urogenitaltuberkulose beim Weibe: Isolierte Tuberkulose der Geschlechtsorgane häufiger als beim Manne. In 13 primären Fällen 3mal isolierte Tuberkulose der Harnwege, 5mal der Genitalien, 5mal kombiniert. — Unter den sekundären: 7 isolierte Tuberkulose der Harnwege, 8 der Genitalien, 7 kombiniert. — Alter bei den primären Fällen 18—25 Jahre, einmal 63 Jahre. (Orificium internum obliteriert; Uterus, Tuben, Peritoneum tuberkulös.) Bei Kindern 3 sekundäre Fälle beobachtet.

In den 13 primären Fällen Tuben 10mal, Uterus 7mal, Ovarien 4mal.
„ „ 22 sekundären „ „ 14 „ „ 10 „ „ 2—3mal.

Tuben stets zuerst am abdominalen Ende ergriffen und stets doppelseitig. — In einigen Fällen ausgebreitete tuberkulöse Affektion im kleinen Becken.

Tod meistens durch Miliartuberkulose; beim Weibe besonders nicht selten durch Peritonealtuberkulose. Die beobachteten Fälle werden genau beschrieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vom Sarkom des Hodens, von Barth. (Dissertation. Würzburg 1891.) Erörterungen über die Entwickelung der verschiedenartigen Geschwülste des Hodens.

Seifert-Würzburg.

Beiträge zu der Lehre von den primären Karzinomen der weiblichen Urethra, von Überschuss. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1891.) Im ersten Falle handelte es sich um eine 63jährige Frau, bei welcher ein die Harnröhrenmündung rings umgreifendes Geschwür konstatiert wurde, die Ränder derselben doch nur wulstartig, die geschwulstartige Verdickung reicht bis zum Blasenhals. Dilatation der Urethra und Einlegen eines T-Rohres. Im zweiten Falle (64jährige Frau) erschien die Mündung der Urethra von einer blumenkohlartigen Geschwulst eingenommen, Urethralwulst bis hinauf dicht an den Blasenhals geschwulstartig verdickt. Die Wucherungen dringen in die Urethra ein. Operation. Mit einer Blasenscheidenfistel wird Patientin entlassen.

Seifert-Würzburg.

Über die antibakterielle Wirkung einiger bei der Cystitis innerlich angewandten Mittel, von Krause. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.) Die Mittel, deren antibakterielle Wirkung untersucht wurde, waren: Kalium chloricum, Decoctum foliorum uvae ursi, Copaivabalsam, Cubeben, Acidum boricum, Resorcin, Kreosot und Quecksilber. Es stellte sich bei den Untersuchungen heraus, daſs eine das Leben von Bakterien beeinträchtigende Wirkung bei den üblichen Cystitismitteln nicht konstatiert werden konnte. Dagegen läſst Kr. die Frage offen, ob nicht die Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen in einer günstigen Weise beeinfluſst werden, allerdings nur in symptomatischer Weise; das Grundübel, die Bakterienwucherung, wird freilich nicht gehoben.

Der Gang der Untersuchung war folgender: Der frisch gelassene und filtrierte Urin wurde in sterile Reagenzgläser gefüllt und diese 3 Tage hintereinander je 25 Minuten dem strömenden Dampfe ausgesetzt. Auf jedes der Gläser wurden Reinkulturen von Cystitis-Bakterien überimpft. Es ergab sich nun sowohl bei der mikroskopischen Untersuchung, als bei der Überimpfung auf Agar (nach 24 Stunden), daſs die Mikroorganismen sich vermehrt hatten. Gleiches positives Resultat ergab auch die Untersuchung im hängenden Tropfen. *Seifert-Würzburg.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Beiträge zur Diagnose und Therapie des Trippers, von H. Goldenberg. (*New Yorker Med. Woch.* Jan. 92.) Bei frischer Gonorrhöe beginnt G. die Behandlung bei den ersten objektiven Anzeichen, indem er nach dem Urinieren einen dünnen weichen, geknöpften Katheter mit rückläufigen Öffnungen langsam einführt unter Spülen mit einer dünnen Sublimat- oder Höllensteinlösung; er hat so zahlreiche Heilungen in 10—12 Tagen erzielt. Bei Urethritis posterior tritt dieselbe Behandlung in ihr Recht, da sie besonders den Harndrang günstig beeinflufst. Bei chronischem Tripper macht er die Zweigläserprobe, ebenso wie (nach ihm, schreibt G.) Jadassohn, nach Ausspülung der vordern Harnröhre. Als weitere Untersuchungsmethoden benutzt er die geknöpfte Sonde und das Endoskop. Bei diffuser chronischer Gonorrhöe mit trübem, flockigem Urin wird ausgespült und mit Höllenstein- ($^1/_4$—2%), Kupfer- (1—2% oder Thallin- (2—4%) Lösung gepinselt; bei zirkumskripten Plaques in der Harnröhre wird energisch im Endoskop geätzt (Höllenstein 10%, Thallin 10—12%). Auch Trichloressigsäure-Krystalle wirken gut bei Granulationen. Bei herabgesetzter Elastizität der Harnröhre wendet G. dicke Sonden und Jodtinktur an. Er erlaubt mäfsige Quantitäten Alkoholika (was nur zu empfehlen sein dürfte, Referent) und den Koitus zunächst mit Kondom. Findet dabei keine Exazerbation des Prozesses statt, enthalten die Fäden auch nach künstlicher Reizung mit Sublimat etc. keine Gonokokken, bestehen sie vielmehr nur aus Epithelien, so gestattet G., die Ehe einzugehen. *F. Hahn-Bremen.*

Über chronische und latente Gonorrhoe, von J. Assmuth. (*Petersb. med. Wochenschr.*, No. 43, 1891.) Bei 104 von 1164 vom Verfasser untersuchten Fällen von chronischer Gonorrhoe war die akute Gonorrhöe unmittelbar in das chronische Stadium übergetreten, während 1042 Fälle angeblich geheilt waren, aber nach mehr oder weniger kurzer Zeit teils mit, teils ohne vorhergegangenen verdächtigen Coitus rezidivierten. In ätiologischer Beziehung werden für die Rückfälle verantwortlich gemacht Excesse, Diätfehler, körperliche Anstrengungen (langandauerndes Reiten, vieles Gehen, Treppensteigen, militärische Übungen) etc.

Der Arzt soll daher mit dem Erklären der Heilung des Trippers etwas vorsichtig umgehen. Bezüglich seiner Statistik zog der Verfasser nur solche Fälle an, welche mindestens einen Monat in ärztlicher Behandlung gewesen waren und deren Infektion mehr als ein halbes Jahr zurückreichte. *P. Taenzer-Bremen.*

II. Internationaler Dermatologischer Kongrefs in Wien,

5.—10. September 1892.

Die nächste Publikation des Organisationscomités, welche Mitte Juli erscheint, wird die bis dahin angemeldeten Vorträge und Teilnehmer enthalten. Diese Vorträge werden bei der Einteilung in das Programm der Verhandlungen gegenüber später angemeldeten bevorzugt. — Mitgliederkarten werden vom 6. Juli ab gegen Einsendung des Beitrages (20 Mark) durch den Generalsekretär Herrn Dr. Riehl, Wien I, Bellariastrafse 12, ausgegeben.

I. A.:
Dr. Touton, Wiesbaden,
Sekretär.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. №. 2. 15. Juli 1892.

Einige erfolgreiche Methoden der Behandlung der Alopecie und der Alopecia areata.

Von

A. H. Ohmann-Dumesnil,

Professor of Dermatology and Syphilology in the St. Louis College of Physicians and Surgeons.

Alopecie und Alopecia areata gehören zu denjenigen Krankheiten der Kopfhaut, welche von jeher das Interesse der Dermatologen in Anspruch genommen haben, und die mit diesen Affektionen verknüpften Probleme haben in den letzten Jahren eine erneute Anziehungskraft gewonnen infolge der auf sie verwandten eingehenden Studien. Am meisten sind die Fragen von der Ätiologie und Therapie dieser Anomalien ventiliert worden. Diese beiden Themata sind in hohem Grade voneinander gegenseitig abhängig, und es dürfte aus diesem Grunde nicht unzweckmäſsig sein, ein paar Worte der Besprechung der Ätiologie dieser Krankheiten zu widmen, bevor wir in der gröſseren Hälfte dieser Abhandlung auf den eigentlichen Gegenstand übergehen. Da die Ätiologie und die richtige Würdigung der Ursachen, welche zu den zu besprechenden Affektionen führen, beträchtlichen Einfluſs auf das Ergreifen von erfolgreichen therapeutischen Maſsregeln haben, so will ich für eine kurze Übersicht dieser Fragen keine weiteren Entschuldigungsgründe anführen, um so mehr, als dieselben den Gegenstand für langwierige und unbefriedigende Besprechungen abgegeben haben und von manchen Forschern in vielen Beziehungen für noch immer sub judice erachtet werden.

In Bezug auf die Ätiologie giebt es einige ganz entschiedene Meinungsverschiedenheiten, und die Vertreter der verschiedenen Theorien können im allgemeinen in drei Gruppen eingeteilt werden; nämlich diejenigen, welche für alle Fälle dieser Art von Erkrankung einen parasitären Ursprung vindizieren; diejenigen, welche behaupten, daſs die Ursache dieser Anomalien in einer trophoneurotischen Störung zu suchen sei; und diejenigen, welche geneigt sind, sich je für die eine oder die andere Ansicht zu entscheiden gemäſs den besonderen Indikationen, welche sich bei jedem einzelnen Falle vorfinden. Die Verteidiger der parasitären

Theorie haben anscheinend gewichtige Beweisgründe beigebracht, aber ihre Argumente leiden an gewissen spezifischen Defekten, welche derartig sind, dafs ihre Ansprüche dadurch erheblich beeinträchtigt werden. Die Beweismittel sind in einer grofsen Anzahl von Fällen nichts weniger als überzeugend, und aufserdem kommt noch hinzu, dafs die negativen Fälle und solche Experimente, welche nicht zur Bestätigung der behaupteten Auffassung dienen, nicht mit in Betracht gezogen sind. Der Umstand, dafs die lokale Applikation von starken Antisepticis die Fähigkeit besitzt, den Haarwuchs zu fördern, ist kein Beweis dafür, dafs der Erfolg auf der Zerstörung von Parasiten oder von pathogenen Mikroorganismen beruhe. Ferner scheint die Thatsache, dafs es nötig ist, für diese Applikationen einen ziemlich hohen Grad der Konzentration zu nehmen, die Beweiskraft dieser Beobachtung noch mehr zu schwächen. Denn es kann nicht ohne gewisse Berechtigung gefolgert werden, dafs dieses Wachsen weniger durch die pilztötenden Eigenschaften des Heilmittels, als vielmehr durch seine stimulierende Kraft hervorgerufen sei. Wiederum, es sind uns Kulturen von Organismen gezeigt worden, die von solchen Fällen gewonnen waren. Zum Unglück für die zu verteidigende Sache ist nur allzu häufig bewiesen worden, dafs diese Kulturen blofs aus Saprophyten bestanden, denselben Organismen, welche von vollständig gesunden Kopfschwarten gewonnen werden konnten. Ein solches Zeugnis ist weit davon entfernt, beweiskräftig zu sein, und ein derartiges Resultat ist bei einer grofsen Anzahl der Patienten, welche sich mit der in Rede stehenden Störung zur Behandlung einfinden, zu konstatieren. Ich habe nicht die Absicht, diese Defekte in dem Beweismaterial, das zur Stütze der angeführten Ansicht beigebracht wird, erschöpfend zu beleuchten, sondern ich habe blofs auf einige mögliche Fehlerquellen hinweisen wollen, gegen welche manche Forscher, von ihrem Enthusiasmus hingerissen, blind geworden sind.

Diejenigen, welche erklären, dafs Alopecie und Area celsi stets auf einer neurotischen Grundlage beruhen, begegnen einem gewissen Quantum von Hindernissen, welches sie bisher noch nicht ganz erfolgreich überwunden haben. Sie haben aber immerhin mit grofser Deutlichkeit nachgewiesen, dafs bei einer gewissen Anzahl von Fällen Parasiten jedenfalls nicht die Krankheit bedingt haben. Ferner haben sie durch Experimente bewiesen, dafs die Verletzung bestimmter Nerven Alopecie im Gefolge hat. Aber bei einigen Fällen sind alle nachweisbaren und nicht nachweisbaren neurotischen Symptome ohne Erfolg behandelt worden, sogar unter Zuziehung externer, stimulierender Hülfsmittel, und doch war irgend ein Resultat nicht eher zu erzielen, bis starke antibakterielle Mittel gebraucht wurden; und obgleich für diese Medikamente blofs anregende Eigenschaften vindiziert werden, so drängt sich jedem unparteiischen Beobachter unweigerlich der auf der Hand liegende Schlufs auf, dafs die behandelte Krankheit

thatsächlich parasitären Ursprungs war. Ich möchte nicht länger bei diesem Punkte verweilen, sondern gehe jetzt auf diejenige Gruppe von Forschern über, deren Schlufsfolgerungen mir nicht nur rationeller, sondern thatsächlich die richtigen zu sein scheinen und mit der klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtung übereinstimmen, abgesehen davon, dafs sie durch die erhaltenen therapeutischen Resultate eine Bestätigung finden.

Ich meine hiermit diejenigen, welche die These aufstellen, dafs die Alopecie und Alopecia areata sowohl durch Parasiten, als auch durch Nervenläsionen oder auch durch eine Vereinigung dieser beiden Faktoren bedingt sein können. Nach den negativen Resultaten, die bei strengem Festhalten an je einer der erstgenannten zwei Theorien sich ergaben, hat man gefunden, dafs ein Übergang zur anderen Methode oder die Verbindung beider miteinander eine erfolgreiche Wirkung erzielte. Diejenigen, welche hartnäckig eine einzige Methode verfolgten, haben zu ihrer Enttäuschung konstatieren müssen, dafs ihre besten Bemühungen oft sich als vergeblich auswiesen. Es werden einige klinische Eigentümlichkeiten manchmal nicht in einer der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechenden Weise berücksichtigt. Denn es giebt bei manchen Fällen gewisse objektive Symptome, welche zur Unterscheidung einer neurotischen Alopecie von einer parasitären wohl dienen.

Unter der Bezeichnung Alopecie verstehe ich hierbei natürlich nicht auch die senile Form, noch auch diejenige, bei welcher die Haarfollikel bis zur Unmöglichkeit der Wiederherstellung zerstört, atrophiert, kurz, verloren gegangen sind; vielmehr soll der Ausdruck die präsenile Alopecie, Defluvium capillorum und Alopecia areata bezeichnen. Bei der letzteren Affektion sieht man die neurotischen und die parasitären Typen durch die jedesmalige Anamnese und die objektiven Merkmale ziemlich scharf unterschieden. Bei der parasitären Form ergiebt die Anamnese manchmal eine nachweisbare Infektion, manchmal auch keine. Die Affektion kann zurückgeführt werden auf die Bürste des Friseurs, auf eine Infektion durch Mützen, Hüte etc., die von anderen, an derselben Anomalie leidenden Personen getragen worden waren; oder auch es ist nichts Bestimmtes in dieser Beziehung zu eruieren. Dabei findet sich ein mehr oder weniger starker Juckreiz. Der Krankheitsbericht ergiebt, dafs das Ausfallen der Haare ein allmähliches und von der Peripherie her sich entwickelndes war. Bei der Besichtigung findet man an den befallenen Gebieten kleine kahle Stellen. Letztere sind einigermafsen rauh, und die Haare an der Begrenzung haben weniger Glanz und brechen leicht beim Versuche, sie auszuziehen. Die am häufigsten gekratzten Stellen der Kopfhaut sind diejenigen, die befallen werden, namentlich die Schläfen- und Hinterhauptsteile der Kopfhaut, und gelegentlich auch der Scheitel. In vielen

Fällen ist eine Autoinfektion deutlich nachzuweisen, und es läfst sich auch die gesamte Entwickelung des Leidens auf der Kopfschwarte des betreffenden Patienten verfolgen. Wenn man Geschabsel von der betroffenen Stelle auf die Haut eines Hundes vorsichtig einreibt, so entsteht eine analoge Affektion, ein hinreichender Beweis der thatsächlichen Ursache der Alopecie. Man darf dabei aber niemals vergessen, dafs dieses alles sich nur auf solche Fälle bezieht, mit denen keine sonstigen Experimente vorgenommen worden sind. Bei der neurotischen Form der Alopecie, welche meiner Erfahrung nach häufiger vorkommt als die parasitäre, ist die Anamnese in Bezug auf Neuralgien, Traumen, psychischen oder nervösen Shock u. dergl. bald positiv, bald negativ. Die subjektiven Erscheinungen, wenn sich überhaupt welche finden, sind nicht hinreichend deutlich ausgeprägt, um die Aufmerksamkeit besonders zu erregen. Der erste Beginn ist gewöhnlich plötzlich eingetreten, indem eine oder mehrere Stellen plötzlich von Haaren entblöfst wurden. Dieselben sind meist rundlich oder oval oder auch von unregelmäfsiger Gestalt. In Bezug auf ihre Gröfse variieren diese Erkrankungsgebiete auch erheblich, und wenn sie auch in gewissem Grade progressiv sind, so sieht man manchmal, dafs ein stationäres Stadium eintritt oder ein spontaner Versuch der Heilung. Was die objektive Beschaffenheit betrifft, so sind die kahlen Stellen von weifsem, fast glänzendem Aussehen, und der Vergleich mit Elfenbein ist ein sehr passender. Eine bemerkenswerte Eigentümlichkeit bei dieser Krankheit ist die, dafs dieselbe nicht ausschliefslich auf die Kopfschwarte beschränkt ist, sondern dafs sie, was auch oftmals der Fall ist, die Augenbrauen, Achselhöhlen, Brust und Schamgegend befallen kann. Diese wenigen somit angedeuteten Symptome sind hinreichend ausgesprochen, um die Affektion von der durch die Anwesenheit von Parasiten bedingten zu unterscheiden. Wir haben aber manchmal Veranlassung, Fälle von Alopecia areata zu behandeln, bei denen sowohl parasitäre, als auch neurotische Faktoren mit im Spiele sind. Bei diesen ist häufig die gemischte Wirkung der beiden verschiedenen Ursachen ganz leicht zu erkennen; bei anderen Kranken hingegen bietet die Frage so viele Widersprüche, dafs ein scharfes Unterscheidungsvermögen nicht weniger als auch sorgfältigste Untersuchungen und Beobachtungen erforderlich sind.

Es ist kaum notwendig, irgendwie eingehend auf die anderen von mir genannten Formen der Alopecie hinzuweisen. Es gelten dabei mutatis mutandis die nämlichen allgemeinen Verhältnisse und Zustände wie bei Area celsi. Begleiterscheinungen sind stets noch bei jedem einzelnen Falle derartig vorhanden, dafs in Bezug auf die Ätiologie immerhin ein einigermafsen genauer Schlufs zu ziehen sein wird. Sobald dies geschieht, wird sich die zu beobachtende Methode mit Leichtigkeit bestimmen lassen, und der Erfolg der angewandten therapeutischen Mafsregeln wird ganz

und gar von der richtigen Auswahl der Heilmittel und deren Anwendungsweise abhängen.

Nach diesen wenigen einleitenden Bemerkungen möchte ich jetzt über einige der von mir bei Alopecie und Area celsi mit Erfolg angewandten therapeutischen Maſsnahmen berichten. Ich habe, um spätere unnötige Wiederholungen zu vermeiden, kurz die Ätiologie dieser Anomalien dargelegt, und ich möchte noch vorausschicken, daſs ich die Methoden allein zu schildern beabsichtige, ohne mich auf eine detaillierte Beschreibung der Fälle einzulassen, da diejenigen, die zu einer und derselben Gruppe gehören, immer nur den gleichen Bericht gestatten und infolgedessen für den Leser leicht ermüdend wirken dürften. Ferner möchte ich hervorheben, daſs ich nur die Alopecia praesenilis und areata berücksichtigen will, da diese das bei weitem gröſste Kontingent der von mir behandelten Fälle von Haarschwund geliefert haben, und es hat infolgedessen die erfolgreiche Behandlung derselben eine viel gröſsere Bedeutung als diejenige der seltener beobachteten und behandelten Fälle.

Diejenigen Kranken mit präseniler Alopecie, die in meiner Praxis vorkamen (abgesehen von denen syphilitischen Ursprungs), waren alle Männer, und zwar meistens von hellblondem Teint. In allen Fällen war das Haar fein und seidenartig, und die Kopfschwarte war ziemlich blaſs. Bei einigen bestand Seborrhoe, und die Menge des Sekretes schwankte von einer sehr kleinen bis zu einer ganz beträchtlichen Quantität. Bei allen ergab die Anamnese das Vorhandensein eines gröſseren oder geringeren Juckreizes und ein allmähliches Schwinden der Haare, namentlich an den Stirnecken und auf dem Scheitel. Diese Abnahme zeigte sich beim Kämmen als recht beträchtlich, doch bestand ein groſser Teil des Ausgekämmten aus Beethaaren, so daſs der wirkliche Abgang keineswegs dem scheinbaren entsprach. Alle diese Individuen waren sonst, wie es schien, bei guter Gesundheit, und ihre Funktionen im allgemeinen schienen, abgesehen vielleicht von einer einzigen, sich in vollkommen normaler Verfassung zu befinden. Diese Ausnahme bestand darin, daſs das Nervensystem nicht diejenige Stabilität und Ruhe besaſs, wie sie sich bei normalen Menschen finden sollte, und welche für eine wirksame Assimilation so wesentlich ist. Zwar war dieses Verhalten nicht bei allen Patienten so sehr auffallend, aber diejenigen, welche die gröberen Erscheinungen nervöser Störung nicht aufwiesen, lieſsen doch psychische Symptome erkennen, welche deutlich auf einen derartigen Zustand hinwiesen. Reizbarkeit bei geringer Veranlassung, Sorgen wegen geringfügiger Anlässe, Niedergeschlagenheit auſser allem Verhältnis zu der veranlassenden Ursache und ähnliche Gemütserregungen traten hervor als Beweise eines neurotischen Zustandes. Eine auffallende Eigentümlichkeit war die

Hoffnungslosigkeit der Patienten in Bezug auf jegliche definitive Besserung ihres Leidens durch therapeutische Eingriffe.

Es leuchtet ein, dafs derartige Fälle nicht sehr verheifsungsvolle sind, aber ein kleiner moralischer Druck bewirkt eine ganz deutliche Wirkung zur Besserung derartiger Fälle, und eine erfolgreiche Kur ist keine solche Unmöglichkeit, wie dies auf den ersten Blick erscheinen dürfte. Die von mir in Anwendung gezogene Allgemeinbehandlung war bei den einzelnen Fällen eine verschiedene, zielte aber immer auf Besserung des Nervensystems hin. Bei einigen Fällen habe ich folgende Pille dreimal täglich zu nehmen verordnet.

℞ *Strychnin. sulphuric.* 0,001
Ferr. reduct.
Chinin. bisulph. āā 0,06
Mft. Caps. No. I.

Oder, wenn die Nerven ausgehungert zu sein schienen, so wurde der Syrupus hypophosph. composit. (Fellows) in Dosen von einem Theelöffel voll viermal täglich mit einem Milligramm Strychninsulfat bei jeder Gabe verschrieben. Bei einigen Fällen fand ich es ratsam, diese Behandlung zu unterstützen durch Pilocarpinum muriaticum, in Pulvern von 0,008 bis 0,01 in Wasser beim Schlafengehen zu nehmen. Die Wirkung dieser internen Behandlung konnte keine blofse Zufälligkeit sein, denn es konnten durch abwechselnde Darreichung und Entziehung ganz handgreifliche Unterschiede beobachtet werden. Diese Unterschiede waren so auffällig, dafs die Patienten selbst darauf aufmerksam wurden und zum Schlusse gelangten, dafs die innere Behandlung von der gröfsten Bedeutung bei der Besserung der lokalen Störung war. Solche Resultate ergaben sich nicht blofs bei einem einzelnen Falle, sondern bei mehreren, und obgleich möglicherweise bei späteren Fällen die nämliche Behandlung erfolglos sein könnte, so ist das erzielte Resultat hinreichend erfreulich, um eine Fortsetzung dieser Behandlungsweise bis zur Entdeckung einer anderen besseren, welche eine ebenso strenge Prüfung besteht, zu rechtfertigen.

Die Alopecia areata bedingt manchmal Schwierigkeiten, die so beschaffen sind, dafs wir fast an jedem günstigen Ausgang verzweifeln möchten. Ich schätze mich sehr glücklich, dafs ich gute Resultate zu verzeichnen habe, und kann nicht umhin, dieselben den gebrauchten, energischen Mitteln zuzuschreiben. Bevor ich auf eine Besprechung der Therapie näher eingehe, möchte ich voranschicken, dafs ich stets darauf Bedacht nahm, die parasitären und die neurotischen Formen dieser Affektion voneinander zu unterscheiden. War dies geschehen, so wurde die Behandlung der betreffenden Form angepafst, und wenn auch das eine

oder das andere Mittel fehlschlug, so wurde bei der Leitung der Behandlung stets das allgemeine Prinzip im Auge behalten.

Bei der parasitären Form der Alopecia areata habe ich zwei antibakterielle Mischungen gebraucht; die eine, schwächere, wurde auf die gesamte Kopfhaut aufgetragen, um eine neue Infektion und eine weitere Ausbreitung des Leidens zu verhindern; die andere, stärkere, wurde direkt auf die erkrankten Gebiete appliziert, um den Parasiten zu vernichten und somit ein Ende des Leidens herbeizuführen. Beide Präparate sollten zweimal des Tages gebraucht werden, und da, wie gesagt, alle meine Fälle männlichen Geschlechts waren, so liefs ich die Haare ganz kurz abschneiden, damit das gründliche Einwirken des Medikamentes leichter von statten ginge. Als schwächeres Waschwasser benutzte ich anfangs eine Sublimatlösung (1 : 750), später eine 3%ige Kreolinlösung. Beide wirkten befriedigend, und der einzige Vorteil, den das letztere Mittel darbietet, ist die Verringerung der Gefahr einer Intoxikation beim Gebrauche. Dieses Waschwasser soll auf die ganze behaarte Kopfhaut aufgetragen werden, und die erkrankten Stellen werden erst berücksichtigt, nachdem die erstere Prozedur besorgt worden ist. Für die Erkrankungsgebiete verordnete ich die Applikation von grüner Seife, die etwa fünf Minuten liegen bleiben sollte. Dann erfolgte ein sanftes Einreiben einer kleinen Menge von

℞	*Hydrarg. bichlorat.*	0,06
	Lanolin.	3,75

M. tere bene. S. zweimal täglich anzuwenden.

Nach verhältnismäfsig kurzer Zeit war ein gesunder, kräftiger Haarwuchs zu konstatieren.

Ich möchte hierzu noch bemerken, dafs es nicht immer nötig ist, dieses letztere Mittel jeden Tag zweimal zu gebrauchen. Jeder Beobachter wird leicht entscheiden können, ob dieses nötig ist oder nicht. Nicht selten wird nach kurzer Zeit eine einzige Einreibung des Tages oder jeden zweiten Tag vollständig ausreichen. Ich habe mich niemals veranlafst gesehen, die Zusammensetzung dieses Rezeptes zu ändern, da dasselbe bei den wenigen Fällen, wo ich es gebrauchte, sich als wirksam erwies.

Bei Alopecia areata auf neurotischer Basis, was meiner Erfahrung nach viel häufiger vorkommt, habe ich zuweilen aber nicht immer eine interne Behandlung versucht. Nachdem ich mit mehr oder weniger Erfolg verschiedene interne Mittel versucht hatte, ging ich zu denjenigen Medikamenten über, von denen bei der Alopecia praematura die Rede war. Sie scheinen am besten gewirkt zu haben, und die Endresultate waren bei Verwendung derselben die besten. Ich habe dabei auch konstatiert, dafs diese innere Behandlung einen positiven, unzweifelhaften Nutzen gewährt.

Auf das Aussetzen des Mittels wird das Resultat ein schlechteres, und die Wirkung der Wiederaufnahme der Behandlung tritt sehr bald zu Tage. Allerdings scheint bei einigen Fällen eine allgemeine Behandlung vollständig unnötig zu sein, aber ich habe gefunden, daſs solche nur in geringer Zahl vorkommen. Man hat den Eindruck, daſs es sich dabei um solche Kranke handelt, welche durch irgend ein Trauma einen allgemeinen Shock erlitten haben, und bei denen das Gleichgewicht des Nervensystems sich in verhältnismäſsig kurzer Zeit wiederherstellte. Selbst bei diesen jedoch erweist sich die innere Behandlung als nützlich, wenn keinerlei sonstige Behandlung längere Zeit nach der Verletzung angewandt worden ist. Indessen werden Fälle dieser Art notwendigerweise höchst selten vorkommen. Bei den experimentellen Fällen, bei denen auf die Exzision von Nerven Area celsi erfolgte, trat die Neuentwickelung der Haare spontan ein, und es war weder eine lokale noch eine allgemeine Behandlung nötig; aber man kann dieselben jedenfalls nicht als das Kriterium, nach welchem man sich richten darf, anführen.

Gehen wir nun zur lokalen Behandlung der Alopecia areata über. Die Methoden, die ich als erfolgreich erprobt habe, sind im wesentlichen von der gleichen Art, obgleich sie in Bezug auf die Anwendungsweise erheblich differieren. Ich beanspruche für keine von beiden irgend welche Originalität, denn das eine Mittel ist ziemlich alt, und das andere wurde vor kurzem von anderer Seite empfohlen. Sie sind im wesentlichen irritierender Art, aber sie sind, soweit meine Erfahrungen mir ein Urteil gestatten, von guter Wirksamkeit. Das erste Mittel, das ich gebrauchte, ist von einem französischen Arzte vorgeschlagen worden und besteht in der Bepinselung der affizierten Gebiete mit Kantharidenkollodium. Nachdem eine genügende Blasenbildung erzielt worden ist, wird ein Verband mit irgend einer indifferenten Salbe aufgelegt. Bekanntlich variiert die Zusammensetzung des Kantharidenkollodiums erheblich. Wir finden, daſs dasselbe in manchen Fällen sehr prompt wirkt, bei anderen hingegen eine sehr langsame Wirkung äuſsert. Auch kann bei demselben Individuum der Effekt bald verhältnismäſsig oberflächlich, bald ganz tief sein, je nach dem Grade der vorhandenen Kanthariden oder der Wirksamkeit des verwendeten Insektes. Diese Umstände muſsten notwendigerweise als Faktoren zur Kontrolle der Häufigkeit der Anwendung des Mittels mitwirken. Bei einigen Patienten gebrauchte ich das Kantharidenpräparat zweimal die Woche, bei anderen konnte dasselbe nur einmal in diesem Zeitraum angewandt werden. Die Reaktion war bald kräftiger, bald schwächer, und bei einigen Fällen machte ich die unerfreuliche Erfahrung, daſs kein eigentlicher Effekt eintrat auſser einer gewissen oberflächlichen Reizung ziemlich milder Art. Indessen konnte ich durch den Gebrauch eines guten Präparates in verhältnismäſsig kurzer Zeit vorzügliche Resul-

tate erzielen. Obschon aber die Resultate nichts zu wünschen übrig ließen, so war diese Methode infolge der verschiedenen begleitenden Umstände nichts weniger als angenehm für die Kranken. Die Handhabung des Kollodiums ist gar nicht ganz leicht. Es verfilzt das Haar, sieht nicht gut aus, ist sehr schwer wieder zu entfernen, und man kann schlecht damit umgehen. Außerdem steigerte die unangenehme Notwendigkeit, eine Salbe fortwährend aufzulegen, die Abneigung der Patienten gegen das ganze lokale Heilverfahren noch mehr. Ich hatte oft große Schwierigkeit um die Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überreden, und sie ließen sich oft nur durch den Hinweis auf andere günstige Resultate bewegen, sich derselben zu unterwerfen in der Hoffnung auf schleunige Heilung und eine verhältnismäßig kurze Dauer der ganzen Prozedur. Diese Schwierigkeit war namentlich beim weiblichen Geschlecht beträchtlich, und es kostete große Mühe, sie zu einem Verfahren, das in vieler Beziehung so unangenehm war, zu überreden.

Als eine neue Methode angekündigt wurde, durch welche viele dieser unangenehmen Zugaben vermieden wurden und welche viel bessere Resultate ergeben sollte, habe ich dieselbe sofort versucht, und ich wünsche, hier meine vollkommene Zufriedenheit mit den auf diese Weise erzielten Resultaten auszudrücken. Ich möchte auch meiner Dankbarkeit vom persönlichen Standpunkt aus dem Entdecker derselben gegenüber Ausdruck geben, und ich hege keinen Zweifel, daß jeder Dermatologe, der die Methode unparteiisch prüft, sich mir in dieser Dankbarkeitsbezeugung anschließen wird. Ich meine hierbei die von L. DUNCAN BULKLEY empfohlene Anwendung der reinen Karbolsäure. Seine Technik ist ungefähr folgende: Er empfiehlt, die reine Karbolsäure alle zwei Wochen einmal auf die erkrankten Stellen zu applizieren. Das auf diese Weise behandelte Gebiet soll nicht größer als zwei Quadratzoll sein. Ferner giebt er an, daß zwei oder höchstens drei Sitzungen genügen, um eine vollständige Wiederkehr der Haare zu bewirken. Es kann sein, daß BULKLEY nur empfängliche Fälle zu behandeln gehabt hat; oder auch ich kann unglücklicherweise immer hartnäckige Erkrankungen gehabt haben. Soviel ist aber sicher: sobald die Methode bekannt gegeben wurde, leuchtete es mir ein, daß dieselbe eine besonders gute sein müsse. Ich hatte einen Fall, bei dem die Anwendung nach Vorschrift ausgeführt wurde, aber der Erfolg stellte sich nicht ein. Ich sah mich deshalb veranlaßt, die Behandlung zu modifizieren, was ich folgendermaßen that: Anstatt das Mittel alle 14 Tage zu gebrauchen, applizierte ich dasselbe zweimal wöchentlich; und anstatt mich auf zwei Quadratzoll zu beschränken, betupfte ich die ganze erkrankte Strecke, ein Gebiet von etwa zehn Quadratzoll, damit. Außerdem war ich gar nicht mit der gewöhnlichen 95 %igen Karbolsäure, die mir zur Verfügung stand, zufrieden. Dieselbe schien nicht stark

genug zu sein. Ich verschaffte mir deshalb etwas reine englische Karbolsäure und erzielte auf diese Weise eine schnellere und deutlichere Wirkung. Bei diesem Präparate ist es nicht nötig, auch die Haut stark einzureiben, und das bewirkte Resultat schien mir viel schneller einzutreten. Allerdings sind meine Erfahrungen auf nur wenige Fälle beschränkt geblieben; aber sie sind so erfreulicher Art, daſs ich hiermit fortzufahren gedenke, bis sich etwas noch Besseres bietet. Die Methode der Anwendung besteht in energischem Betupfen des betroffenen Gebietes, gleichgültig, ob ein noch so groſser Teil der Kopfhaut ergriffen ist. Diejenigen Theile, auf welche die Säure einwirkt, werden nach wenigen Augenblicken von milchweiſser Farbe, und wenn sie keine solche Wirkung erkennen lassen, werden sie zum zweiten Male betupft. Weiter ist nichts nöthig. Wenn die weiſs gewordenen Stellen eine sehr intensive entzündliche Reaktion darbieten, werden sie bei der nächsten Sitzung übergangen. Meistens jedoch entsteht höchstens eine geringe Desquamation.

Diese Behandlungsweise ist zwar etwas schmerzhaft, aber wirksam. In einer etwas abgeänderten Weise habe ich dieselbe auch öfters bei Alopecia praematura angewandt. Anstatt die Karbolsäure reichlich anzuwenden, habe ich nur wenig genommen und habe Zwischenpausen von acht bis vierzehn Tagen verstreichen lassen. Die dadurch erzielte Anregung war an dem Wachstum der Haare ganz deutlich erkennbar.

Ich wünsche nicht noch mehr Zeit auf diesen Gegenstand zu verwenden. Ich habe bloſs meine diesbezüglichen Erfahrungen darlegen wollen, da sie bisher mir die gröſste Befriedigung gewährten. Es läſst sich jedenfalls vermuten, daſs die gleichen Resultate sich bei Anwendung derselben therapeutischen Maſsregeln mit dem gleichen Erfolge bei anderen Ärzten einstellen werden. Jedenfalls möchte ich aber nicht behaupten, daſs die beschriebenen Methoden unfehlbar seien; daſs sie aber hinreichend begründet sind, um einen Versuch zu rechtfertigen, ist, hoffe ich, durch obige Zeilen dargelegt worden.

Ich habe keine Details über erfolgreiche Fälle mitteilen wollen, da ich sowieso die Grenzen, die mir für diesen Aufsatz gesetzt sind, überschritten habe. Die geschilderten Methoden sind bei einer gröſseren Anzahl von Fällen geprüft worden, und die erzielten Erfolge haben mir die Veranlassung gegeben, dieselben zu schidern, da sie sich auch anderen Kollegen ebenso nützlich erweisen dürften.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Über eine epidemisch auftretende Hautkrankheit,

welche einige Ähnlichkeit mit Ekzem und Pityriasis rubra darbot und während des Sommers und Herbstes 1891 hauptsächlich in dem westlichen Teile von London auftrat.

Von

THOMAS D. SAVILL, M. D. Lond., D. P. H. Camb.,
Medical Superintendent of the Paddington Infirmary, London.

(Fortsetzung.)

Der Urin wurde bei 72 Fällen regelmäfsig untersucht, und es wurde bei 36, also genau der Hälfte, Albuminurie konstatiert. Dieselbe trat nur ein, wenn eine erhebliche Hautstrecke ergriffen war, und aufserdem entweder, wenn die Akme der Krankheit erreicht war oder während der späteren Stadien der Affektion. Dieser Umstand erscheint nicht befremdend, wenn man bedenkt, welch enormer Zuwachs an Arbeit den Nieren hierbei zu bewältigen aufgegeben wird. Wahrscheinlich war die Albuminurie durch eine Hyperämie dieser Organe bedingt; wenigstens blieb im Falle der Genesung keine Andeutung eines anatomischen Leidens derselben zurück, und bei allen letalen Fällen bestand thatsächlich ausgesprochene Hyperämie. Bei vielen, aber nicht bei allen (z. B. W. IV solchen), die vorher Symptome eines organischen Leidens dargeboten hatten, verlief die Krankheit tötlich.

Lungen. Bei den meisten Autopsieen ergab sich eine intensive hypostatische Hyperämie der Lungen. Fall M. XIII und einzelne andere wurden während des Verlaufs der Krankheit von Pleuritis befallen. Pneumonie trat als Komplikation beim Fall M. I sowie bei einigen anderen hervor. Anfälle von Dyspnoë ohne physikalische Lungensymptome wurden bei M. IX beobachtet, sowie bei sämtlichen letalen Fällen, wie bereits bemerkt wurde.

Das Herz liefs seine Mitbeteiligung an der allgemeinen Schwäche erkennen, und der Puls war für gewöhnlich matt, von geringer Spannung und öfters unregelmäfsig. Ich glaube aber nicht, dafs jemals irgendwelche dauernde Störung zurückgeblieben ist. Die hämorrhagische Basis des Ausschlags, worauf schon hingewiesen wurde, mufs wohl als eine Komplikation von seiten des Gefäfssystems angesehen werden. Manchmal, wie bei M. LXXVIII, trat die Purpura als Folgekrankheit auf, nachdem die Haut anscheinend wieder gesund geworden war. In jenem Falle wurden die Extremitäten und der ganze Rumpf mit dicht gesäten Flecken

von extravasiertem Blute in der Gröſse einer halben Erbse bis zu einer groſsen Bohne vollständig überzogen. Bei einigen der letzteren war die oberste Hautschicht als eine Art Blase in die Höhe gehoben, und es konnte das Blutgerinnsel dann daraus ausgeschält werden.

Komplikationen und Nachkrankheiten.

Die Konjunktiven waren bei allen schweren Fällen mit Ergriffensein des Gesichts auch entzündet und sonderten eine höchst reizende, serös-eiterige Flüssigkeit ab. Eine ähnliche scharfe Flüssigkeit kam auch bei einigen Fällen aus der Nase. Aber die Entzündung machte hier nicht Halt, denn oftmals war auch die Iris beteiligt. Viele Kranke litten an Iridocyclitis mit hochgradiger Photophobie. Viele waren auch mehrere Wochen hindurch, nachdem der ganze Ausschlag verschwunden war, von rekurrierender Konjunktivitis oder Iritis gequält (z. B. W. LXVII, W. LXXVII).

Zur Zeit der Abnahme der Hautaffektion wurden mehrere Kranke (20 Fälle oder noch mehr) von Furunkeln oder Karbunkeln heimgesucht; manche darunter waren blinde Schwären, d. h. sie enthielten keinen Eiter (z. B. M. LIV), aber meistens vereiterten sie. Ein Patient (M. LXXXV) hatte nicht weniger als neun Karbunkel zu gleicher Zeit an verschiedenen Teilen des Körpers, und bei einem anderen Fall (W. LXXV) fanden sich gleichzeitig fünf Furunkel an dem einen Arm.

Während die Schuppen sich ablösten, zeigte sich die neue Haut übermäſsig hyperämisch und empfindlich, wie sich auch nicht anders erwarten lieſs; aber in vielen Fällen folgte hierauf eine bräunliche oder chokoladenfarbene Pigmentierung. Dieselbe war mit groſser Gleichmäſsigkeit über den ganzen Körper verteilt. Auf den Schleimhäuten hingegen war nichts davon zu bemerken.

Das bereits erwähnte Ausfallen der Haare und der Nägel dauerte eine beträchtliche Zeit (einige Monate) noch nach dem Verschwinden aller Andeutungen des Ausschlags an.

Abarten.

Was die klinischen Abarten der Affektion betrifft, so brauchen wir auſser den zwei durch die Verschiedenheit des Ausschlags gekennzeichneten Formen, auf welche bereits hingewiesen wurde (Seite 6), keine anderen Abarten als solche anzuerkennen. Jene zwei Typen kann man aber füglich als „Dermatitis humida“ und „Dermatitis sicca“ unterscheiden.

Eine Einteilung in diese zwei Gruppen erscheint gewiſs gerechtfertigt denn auſser durch die Art des Ausschlags sind die beiden Gruppen auch noch durch andere Eigenschaften unterschieden. Die Dermatitis humida nahm gewöhnlich einen schnelleren Verlauf als die trockene Form, welche

fast immer langwierig und chronisch war. Überdies war, so weit ich mich erinnern kann, die Schwäche stärker ausgesprochen bei der trockenen als bei der feuchten Gruppe. Möglicherweise hing dies mit dem Alter der Patienten zusammen, denn es war entschieden eine Prädilektion der trockenen Form für die höheren Lebensalter zu konstatieren. Die beigegebene Tabelle mit der Altersangabe der verschiedenen Gruppen muſs vielleicht in einigen Punkten geändert werden, aber im ganzen betrug das Durchschnittsalter bei den feuchten Fällen 62,6 Jahre, gegen 68 Jahre der trockenen Form und 64,8 des Gesamtdurchschnitts sämtlicher Fälle zusammen. Wie es scheint, hatte auch die Idiosynkrasie der Kranken, je nachdem dieselben eine sogenannte trockene Haut hatten oder eine, die feucht war und leicht schwitzte, einigen Einfluſs auf die Entstehung der betreffenden Abart; denn bei der ersteren Art von Integument fand sich meistens die trockene oder „pityriasisartige“ Form, während die andere Art die feuchten oder „ekzematösen“ Fälle hervorbrachte. Von der Gesamtzahl der bis zum 1. November 1891 befallenen Kranken gehören 100 der feuchten Klasse an, 45 zur trocknen und 18 waren gemischter Art, indem die verschiedenen Körperteile verschiedene Formen des Ausschlags aufwiesen.

Obzwar es unzweckmäſsig wäre, eine andere Einteilung als die angegebene zu machen, so muſs doch hervorgehoben werden, daſs die Fälle erheblich untereinander in Bezug auf die einzelnen Details abwichen. Namentlich gilt dies betreffs der Ausdehnung und Verteilung des Ausschlags und der Schwere der konstitutionellen Störung. Einige Fälle zeigten nur einen geringen Grad von Ausschlag, wobei vielleicht derselbe auf bloſs die eine Gesichtshälfte beschränkt blieb, oder auf die Ohren (wie in meinem eigenen Falle) oder auf die Hände oder die Gelenkbeugen. Bei derartigen Erkrankungen waren die Allgemeinerscheinungen gewöhnlich, wenn auch nicht ganz durchweg von geringer Bedeutung, und wenn man die Fälle für sich allein und auſser Zusammenhang mit der Epidemie gesehen hätte, so würde man sie (auſser vielleicht bei gerade bestehender Desquamation) für einfaches Ekzem gehalten haben; da sie aber durch andere Fälle, welche an derselben Stelle und zur selben Zeit vorkamen und Zwischenstufen bildeten, ergänzt wurden, so war der Zusammenhang mit der schwersten Form, bei welcher der ganze Körper mit einer entzündeten Haut bedeckt und die Allgemeinstörung eine intensive war, völlig klargestellt.

Die verschiedene Manier, in der die Fälle anfingen, wodurch Röteln, Erythema papulatum, Herpes tonsurans etc. vorgetäuscht werden konnte, dürfte kaum als ein Kriterium zur Aufstellung verschiedener Abarten gelten; denn mit der weiteren Entwickelung der Fälle stellte sich stets ein mehr oder weniger gleichförmiges Aussehen her.

Diagnose.

Wenn man sich die Verschiedenheiten unter den einzelnen Fällen vergegenwärtigt, so wird es weiter nicht Wunder nehmen, daſs einige unter ihnen differential diagnostisch recht groſse Sorgfalt erfordern, trotzdem die ausgesprochenen Fälle keine erheblichen Schwierigkeiten darbieten. Die wesentlichste Eigenschaft, das pathognomonische Symptom dieser Krankheit ist die Desquamation der Epidermis. Dieselbe trat in allen Fällen ein, und es ist hervorzuheben, daſs diese Abschuppung gelegentlich auch an manchen Teilen ohne vorherigen Ausschlag hervortrat wie beim Falle M. XXXVII und wie das Ausfallen der Haare im Falle W. LXX.

A. Erysipel. — Wenn der Ausschlag im wesentlichen das Gesicht oder überhaupt irgend einen Teil, der viel loses Zellgewebe enthielt, befiel, so bot die Anschwellung des betroffenen Gebiets, welche in der That manchmal einen vollständigen Verschluſs der Augen herbeiführen konnte, entschieden eine groſse Ähnlichkeit mit Erysipel bei oberflächlicher Betrachtung dar. Aber das allmähliche Einsetzen, das Fehlen von Fieber, die oft vesikuläre Art des Ausschlags an einzelnen Stellen des Körpers und der Umstand, daſs die Affektion an anderen Stellen in einer mehr typischen Weise auftrat, genügten, um den Unterschied von Erysipel zu statuieren.

B. Röteln. — Wir haben gesehen, daſs der Ausschlag bei acht männlichen und sechs weiblichen Kranken in Form von Flecken anfing, und daſs diese Maculae bis zur Zeit, als sie konfluent wurden, höchst lebhaft an Röteln erinnerten. Der Ausschlag hatte aber einen zu persistierenden Charakter und führte bald zur Entwickelung von Bläschen oder Schuppen; ferner genügte das Fehlen des Fiebers bei einem so extensiven Ausschlag an sich beinahe allein, um diese Fälle von Rubeolen zu unterscheiden. Ein Fall, welcher groſse Schwierigkeit in der Diagnose darbot, war W. XVIII. Bei dieser Kranken waren die Flecke nicht von sehr erheblicher Ausdehnung, wurden nicht konfluent, und waren nur von geringer Schuppenbildung begleitet. Dieser Fall wäre unfehlbar als Röteln diagnostiziert worden, wenn nicht Schritt für Schritt der Zusammenhang desselben mit den anderen Fällen der Epidemie nachzuweisen gewesen wäre.

C. Pityriasis rubra. — Als eine exfoliative Dermatitis gehörte das Leiden auch zu dieser Krankheitsgruppe, und sämtliche zur „trockenen" Form gehörigen Fälle hatten eine auffällige Ähnlichkeit mit den von WILLAN und WILSON[4] gegebenen Schilderungen der Pityriasis rubra. Aber erstens waren meine Fälle offenbar kontagiöser Natur, oder wenigstens traten sie in epidemischer Form auf, wovon bei diesen Autoren

[4] WILSON, *Diseases of the skin*, 5. Auflage. 1863. pag. 111.

keinerlei Erwähnung geschieht. Zweitens sagt Dr. LIVEING, „das Leiden (Pityriasis rubra) findet sich sehr häufig bei Kindern und bei Leuten mit zarter Haut und blondem Teint", wogegen meine Patienten der grofsen Mehrzahl nach Greise oder wenigstens erwachsene Leute waren. Bei Kindern fand sich die Affektion nur sehr selten und dann auch nur in geringem Grade. Drittens ist zu betonen, dafs die „feuchten" Fälle, welche die Majorität ausmachten, kaum als Pityriasis rubra anzuerkennen sein dürften. LIVEING[5] sagt, bei der Pityriasis rubra ist die Haut nicht infiltriert oder verdickt, aber dies war wenigstens bei meinen schlimmsten Fällen in sehr erheblichem Mafse der Fall, und bei allen fand sich ein gewisser Grad von Induration. Pityriasis rubra kann viele Jahre andauern und gilt für ein sehr ernstes Leiden, aber in allen Beschreibungen findet sich keinerlei Erwähnung weder eines bestimmten Verlaufs noch eines epidemischen Auftretens. Trotzdem stimmen in einigen Beziehungen meine Fälle mit der von diesem Autor gegebenen Beschreibung der Pityriasis rubra überein. Der letzterwähnte Verfasser schreibt (pg. 98): „Pityriasis rubra ist in der That eine seltene oder besondere Form von Ekzem nach der Auffassung von ERASMUS WILSON, NEUMANN und von HEBRA selbst, der zuerst die Affektion als eine besondere Krankheit beschrieben hat. Dieselbe unterscheidet sich von gewöhnlichem Ekzem hauptsächlich durch das vollständige Fehlen der feuchten Ausschwitzung auf der Oberfläche der Haut und durch die aufsergewöhnliche Abschuppung der Cutis. Das erstere Unterscheidungszeichen halte ich viel mehr für ein scheinbares als ein wirkliches, denn ich habe bei vielen Fällen Spuren eingetrockneten Exsudates aus den unteren Schichten nachweisen können."

Es dürfte hierzu zu erwähnen sein, dafs ich einige Schuppen, welche von anscheinend ganz trockenen Fällen herstammten, mit der Lupe untersucht habe, und dafs sich dabei auf der unteren Fläche eingetrocknetes Sekret ganz deutlich nachweisen liefs, ein Umstand, der die in Rede stehenden Fälle als zum Bereich der vesikulösen oder ekzematösen Erkrankungen gehörig kennzeichnet.

D. Ekzem. — Betrachten wir also nunmehr die Punkte, in welchen diese Epidemie der akuten, universellen Form des Ekzems ähnelt. —

1. Beide Krankheiten entstehen gewöhnlich in Gestalt eines papulösen Ausschlags.

2. Beide haben die Neigung zur Entwickelung von Bläschen und zu Exsudatbildung. Wir haben gesehen, dafs von den 163 Fällen bei 118 sich ein gewisser Grad von Exsudation vorfand.

3. Beide Affektionen haben eine entschiedene Vorliebe für die

---

[5] *Diagnosis of skin disease.* 1878. pag. 100.

Gelenkbeugen und die Hautfalten als Ausgangspunkte, z. B. unter den Brüsten oder hinter den Ohren; an diesen Stellen war denn auch der Ausschlag in vielen Fällen am stärksten ausgebildet.

4. Beide Affektionen zeigen die Eigentümlichkeit, daſs sie an der einen Körperstelle anfangen und Flatschen erzeugen, welche während des Auftretens neuer Läsionen an anderen Stellen des Körpers entweder selbständig verlaufen oder verblassen, so daſs die verschiedenen Teile der Haut verschiedene Stadien des Ausschlags zur gleichen Zeit aufweisen können.

Es ist nicht zu leugnen, daſs viele von den Fällen, namentlich während der Anfangsstadien eine auffällige Ähnlichkeit mit Ekzem darboten, und im Anfang der Epidemie[6] verfielen nicht nur ich selber, sondern auch andere, welche diese Fälle sahen, in den Irrtum, daſs wir meinten, es handele sich hier um eine bisher nicht beschriebene und in epidemischer Form auftretende Abart von Ekzem; bei genauer Beobachtung jedoch und bei der Prüfung der Fälle namentlich in den fortgeschritteneren Stadien sah ich mich veranlaſst, an der Diagnose Ekzem, sei es in irgend einer besonderen Form, entschieden zu zweifeln, und es wird auch diese Ansicht noch von anderen Kollegen, welche ein weit kompetenteres Urteil in der Sache als ich selber haben, geteilt.[7]

Die Unterschiede zwischen den beiden Krankheiten sind folgende.

1. Der Grad der kutanen Verdickung und Entzündung ist ein weit intensiverer, als selbst bei schweren Ekzemfällen jemals beobachtet wird. Wie es scheint, ist dies ein wesentliches Merkmal aller ausgesprochenen Fälle, sowohl bei jungen wie bei alten Individuen.

2. Die Abschuppung der Epidermis sowohl bei den „feuchten" als auch den „trockenen" Fällen ist anders als sie sich bei irgend einer anderen Hautkrankheit auſser bei Pityriasis rubra und Scharlach findet. Dieses Symptom blieb bei keinen einzigen von allen meinen Fällen aus.

Daſs ein gewisser Prozentsatz der Kranken (ungefähr ein Drittel) anscheinend vom Anfang bis zum Ende von aller Exsudatbildung freiblieb, darf nicht in der Unterscheidung der Affektion vom Ekzem allzusehr, betont werden, denn es konnte, wie bereits erwähnt wurde, auf der unteren Fläche der Schuppen Exsudat doch nachgewiesen werden; auf diese Weise ist es möglich, ebenso wie Dr. Liveing Pityriasis rubra in die Ekzemgruppe einstellen konnte, auch meine „trockenen" Fälle in die Klasse der vesikulösen Erkrankungen einzufügen.

[6] Vide *Lancet*, Aug. 1. 1891. pag. 266.

[7] Vide die Diskussion in der Medical Society of London. *Brit. med. Journ.* Dez. 5. 1891. pag. 1207.

3. Der cyklische Verlauf von 6 bis 8 Wochen, welchen die meisten Fälle nahmen, ist jedenfalls eine auffällige Erscheinung. Wie beim Ekzem bestand zwar auch hier entschieden eine Neigung zum Rezidivieren, aber die primäre Attacke bot eine so ausgesprochene Regelmäfsigkeit dar, wie man sie weder bei lokalem noch bei universellem Ekzem findet, und welche selbst bei ganz oberflächlicher Beobachtung zu konstatieren war.

4. Beim akuten, allgemeinen Ekzem findet sich allerdings gewöhnlich ein gewisser Grad von Allgemeinstörung, jedoch ist dieselbe mit der bei der Mehrzahl dieser Fälle auftretenden Störung nicht entfernt zu vergleichen, wie denn auch bei dem grofsen Prozentsatz von 12,8 der Ausgang ein letaler war.

5. Ekzem tritt in jedem Lebensalter auf und besonders häufig auf der zarten Kinderhaut; diese Affektion dagegen beschränkte sich fast ausschliefslich auf Personen im mittleren oder höheren Lebensalter, trotzdem Personen jeglichen Alters der Infektion ausgesetzt waren.

6. Das Auftreten des Leidens in epidemischer Form unterscheidet dasselbe ohne weiteres von jeder bisher beschriebenen Abart von Ekzem.

Dennoch war die Übereinstimmung einiger meiner Fälle, namentlich der gelinderen, mit Ekzem sowie von anderen mit Pityriasis rubra eine so auffällige, dafs es höchst wahrscheinlich ist, dafs die Krankheit wenigstens bei sporadischem Auftreten als die eine oder die andere dieser beiden Krankheiten diagnostiziert werden könnte und wahrscheinlich auch als solche thatsächlich diagnostiziert worden ist.

Es ist nicht unmöglich, dafs es noch andere Krankheiten giebt, mit welchen diese Fälle verwechselt werden könnten, aber ich habe es absichtlich unterlassen, die Schriften der Autoritäten nachzulesen, um mich von Verwirrung und Beeinflussung bei der Beobachtung freizuhalten und um nicht durch Voreingenommenheit die Erkenntnis des wahren Typus mir zu erschweren.

Prognose.

Von den 163 an dieser Affektion erkrankten Personen starben 28; aber bei 7 der letzteren war der Tod lediglich durch irgend eine andere Krankheit bedingt. Jedoch war bei 21 oder, in Prozenten ausgedrückt, bei 12,8% der Tod unmittelbar der Epidemie zuzuschreiben. Somit ist die Mortalität höher als bei Scharlach, bei dem sie 10,85%[8] beträgt, oder als bei Variola mit 10%, ein Beweis für die bösartige Natur der Krankheit.

18 unter den tötlich verlaufenen Fällen waren Männer und nur

[8] Wynter Blyth, *Manual of Public Health.* pag. 381.

3 Weiber, somit betrug die Sterblichkeit unter den Männern 20,22 % und unter den Weibern nur 4,05 %. Beim männlichen Geschlecht war demnach die Sterblichkeit eine bedeutend gröſsere, was mit der weiteren Thatsache übereinstimmt, daſs, obgleich die durchschnittliche Dauer des Leidens bei beiden Geschlechtern ungefähr die gleiche war, dasselbe bei den männlichen Personen in viel intensiverem Maſse als bei den weiblichen auftrat.

Ferner scheint das Alter sowohl auf die Intensität als auch auf die Sterblichkeitsziffer bei dieser Krankheit einen wichtigen Einfluſs zu besitzen. Der jüngste der Gestorbenen war 49 Jahre alt, der nächstjüngste 59, und das Durchschnittsalter unter den 21 tötlich verlaufenen Fällen betrug 71¹/₄ Jahre (77 unter den weiblichen, 70 unter den männlichen Kranken) gegenüber einem Durchschnittsalter von 64,8 bei Zugrundelegung sämtlicher befallenen Individuen.

Die Art des Beginnes scheint keinen Schluſs auf die Intensität des Anfalls zuzulassen, denn, wie bereits hervorgehoben wurde, passierte es häufig, daſs ein anfangs gelinde verlaufender Fall nach langsamer Weiterentwickelung plötzlich eine höchst akute Exacerbation erlitt.

Unter den Allgemeinerscheinungen gab der Grad der Schwäche und der Hinfälligkeit ein ziemlich genaues Kriterinm für den wahrscheinlichen Verlauf, sowohl in Bezug auf Dauer wie auf den Ausgang ab. Dabei sind zwei Symptome, wie bereits hervorgehoben wurde, von der ernstesten Bedeutung, das Zittern oder Zucken der Muskeln und die erschwerte Respiration bei fehlenden, physikalischen Zeichen von Lungenaffektion. Kein einziger der Patienten, bei denen ich diese beiden Symptome beobachtete, kam wieder davon, trotzdem sie manchmal in anderer Beziehung auf gutem Wege zu sein schienen.

Therapie.

Es kamen die verschiedensten Arten der Therapie in Anwendung, aber wenn die Krankheit einmal erst zur völligen Entwickelung gelangt war, so konnte damit höchstens eine gewisse Linderung erzielt werden. Als lokale Applikation schien bei einigen Fällen eine 1%ige Kreolinlösung wirksam zu sein, und bei zwei oder drei Kranken, bei denen dieselbe ganz im Anfangsstadium in Anwendung kam, ist allem Anscheine nach die Krankheit dadurch coupiert worden. Selbst in späteren Stadien hat diese Lösung oder auch eine 1%ige Salbe mit Lanolin eine auffällig lindernde Wirkung auf die entzündete und reizbare Haut ausgeübt, wie es scheint, und einige Fälle besserten sich erheblich unter dieser Behandlung. Herr J. R. Lunn fand, daſs man durch die ausgiebige Applikation von Kollodium auf die erkrankten Stellen in den ersten Stadien das Fortschreiten des Leidens beschränken konnte.

Der Juckreiz, durch welchen viele so erheblich litten, liefs sich oft durch warme Bäder mit Soda oder durch milde erweichende Salben und Lösungen bessern, z. B. durch Vaselin, Zinksalbe, Galmeilösung, Bleilösung etc. etc.

Keine interne Behandlung erwies sich eigentlich als wirksam, aber Reizmittel waren entschieden angezeigt, und bei mehr als einer Gelegenheit scheint der tötliche Ausgang durch grofse Gaben Whisky abgewandt worden zu sein.

Ätiologie.

A. Prädisponierende Ursachen. — 1. Lebensalter. Die meisten Kranken befanden sich in einem höheren Lebensabschnitt; in der That wurden bei Kindern und eben erwachsenen Individuen höchstens ganz gelinde verlaufende Fälle beobachtet. Das Durchschnittsalter der sämtlichen befallenen Männer betrug 63,67, das der Frauen 66,17 und das der beiden Geschlechter zusammen 64,8. Nicht nur aber kamen sämtliche ausgesprochenen Fälle bei Leuten jenseits des mittleren Lebensalters vor, sondern es können auch Fälle angeführt werden, dafs von mehreren in gleicher Weise der Infektion ausgesetzten Personen die jüngeren dem Leiden entgingen, die älteren dasselbe acquirierten. Ich erinnere mich mehr als eines Falles, dafs die Krankheit bei ihrem Fortschreiten auf der ganzen Seite des Saales das Bett eines jüngeren Individuums übersprang.

Indessen kann hierauf entgegnet werden, dafs sich ein gröfserer Prozentsatz von älteren Personen in dem Infirmary befindet, und dafs es daher notwendig sei, die Anzahl der in den verschiedenen Lebensaltern stehenden Insassen, welche in gleicher Weise dem Krankheitsstoffe ausgesetzt waren, zu kennen, um das jeweilige Verhältnis der Erkrankungen beurteilen zu können.

Beifolgende Tabelle, von meinem Kollegen Dr. E. V. Hugo zusammengestellt, giebt hierüber die erforderliche Auskunft.

Es geht hieraus also hervor, dafs von den ersten Jahrzehnten nur 1, 4, 7 und 6 vom Hundert ergriffen wurden, dagegen von den in den Jahrzehnten über 40 stehenden Individuen 17, 25, 38, 34 und 26 % erkrankten. Dies ist namentlich beim männlichen Geschlecht auffällig, denn der Prozentsatz in den ersten vier Jahrzehnten betrug nur 3, 0, 8 und 7, dagegen im 5. Jahrzehnt mit plötzlicher Steigerung schon 27, und im 6. 34; im 7. 37; im 8. 48 und im 9. 29. Daraus ist man wohl zu schliefsen berechtigt, dafs das vorgeschrittene Lebensalter ein wichtiges disponierendes Moment bei der Entstehung des Leidens abgiebt, und dafs die Disposition gradatim bis zum 80. Lebensjahr zunimmt.

2. Geschlecht. Aus obiger Tabelle kann man ferner entnehmen, dafs aus einer Gesamtzahl von 227 männlichen Insassen des Siechenhauses

Tabelle B.

Zeigt das Verhältnis zwischen der Anzahl der Fälle bei den verschiedenen Jahrzehnten des Lebensalters und der Anzahl der in diesem Alter stehenden Insassen des New Infirmary überhaupt.

Alter	1—9		10—19		20—29		30—39		40—49		50—59		60—69		70—79		80—89		Gesamtsummen aller Lebensalter	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Anzahl der in diesem Alter stehenden Patienten	27	29	8	16	24	33	28	18	29	29	26	17	43	30	37	42	5	14	227	228
Zahl der an der Epidemie erkrankten Patienten ...	1	0	0	1	2	2	2	1	8	2	9	2	16	12	18	9	1	4	57	33
Prozentuales Verhältnis zwischen den Krankheitsfällen und der Zahl der Patienten im jeweiligen Alter überhaupt	3,7	0	0	6,25	8,33	6,06	7,14	5,55	27,58	6,89	34,61	11,76	37,20	40,00	48,64	21,42	20,00	28,57	25,11	14,47
Prozentsatz der Erkrankungen aus beiden Geschlechtern zusammen ..	1 von 56 = 1,78 %		1 von 24 = 4,16 %		4 von 57 = 7,01 %		3 von 46 = 6,52 %		10 von 58 = 17,24 %		11 von 43 = 25,58 %		28 von 73 = 38,35 %		27 von 79 = 34,17 %		5 von 19 = 26,31 %		90 von 455 = 19,78 %	

57 oder 25,1 % befallen wurden, dagegen von den 228 weiblichen nur 33 oder 14,4 %. Die Zahlen aus den Krankensälen ergaben keinen so bedeutenden Gegensatz, indem hier von den Männern 22,14, von den Weibern 16,94 % ergriffen wurden. Wenn beide Lokalitäten zusammengenommen werden, so findet sich, daſs 23,67 % sämtlicher Männer und 15,74 sämtlicher Frauen ergriffen wurden. Somit zeigt das männliche Geschlecht entschieden eine Prädisposition für dieses Leiden.

3. Die Beschäftigung der Patienten schien, abgesehen von anderen Ursachen, keinen besonderen Einfluſs auf die Krankheit zu haben.

4. Vorheriges Kranksein und „Hospitalismus". Unter den Patienten des New Infirmary wurden 19,7 % befallen, aber von gesunden Angestellten nur 2 (ich selber und ein Zimmermädchen) oder 3 %. Wiederum waren von 391 Patienten im Lazareth des Arbeitshauses 18,6 % befallen, während von 169 alten und gebrechlichen, aber sonst gesunden Insassen des eigentlichen Arbeitshauses nur 11, als 6,5 % erkrankten. Ferner waren von diesen letzteren noch 7 (2 Männer und 5 Weiber) als „Hülfspersonal" in den Krankensälen beschäftigt und muſsten sich fortwährend mit der Pflege der bereits an der Krankheit leidenden Personen befassen. Aus diesen Thatsachen scheint hervorzugehen, daſs vorheriges Kranksein und „Hospitalismus" fast ebenso wichtige Faktoren beim Entstehen der Krankheit sind, als die Höhe des Lebensalters. In der That giebt es jetzt nur ungefähr neun Patienten über 60 Jahr im Hospital, die schon von Anfang der Epidemie an hier waren und doch davon verschont geblieben sind.

5. Eine sorgfältige Prüfung der Zusammenstellung der Krankheiten, wegen derer die verschiedenen Patienten in Behandlung waren, als sie von dem Ausschlag befallen wurden, lieſs nicht vermuten, daſs irgend eine bestimmte Krankheit mehr als andere zur Komplikation mit diesem Ausschlag Neigung habe, ausgenommen vielleicht das Ulcus cruris. Von den mit diesem Leiden behafteten Fällen war ein etwas gröſserer Prozentsatz von dem Leiden befallen. Einige wenige Fälle zeigten Symptome einer gichtischen Diathese, sei es in ihrer eigenen Person oder als hereditäre Belastung, jedoch war die Zahl derselben nicht groſs genug, um auf irgend einen bestimmten Zusammenhang hinzuweisen. Etwa 10 von den an der Epidemie Erkrankten hatten im Laufe der dem Ausbruch vorangehenden zwölf Monate Influenza durchgemacht, aber so viel ich ermitteln konnte hatte diese Krankheit keinen deutlichen prädisponierenden Einfluſs.

Es ist allerdings von anderer Seite vermutet worden, daſs dieser epidemische Ausbruch eine der vielfachen Äuſserungen der Influenza gewesen sei, doch ist es mir jedenfalls nicht gelungen, Beweise zur Stütze dieser Annahme aufzufinden. Von groſsem Werte war mir hierbei

das lebhafte Interesse der „Schwestern“ und Pflegerinnen auf den verschiedenen Sälen zur Ausführung dieser Nachforschungen, und die Beobachtung einer derselben (die Schwester auf Saal V) scheint mir besonders erwähnenswert, nämlich daſs 5 von ihren Kranken zwei bis drei Wochen lang vor dem Auftreten des Ausschlags über Symptome von genau der nämlichen Art wie bei Influenza klagten, aber ohne irgend welche Temperatursteigerung. Diese Symptome waren Kopfweh, Schmerzen in den Extremitäten und im Kreuz, Verminderung des Appetits und ein Gefühl von Übelkeit ohne aber wirkliches Erbrechen. In einem anderen Saal (VIII), welcher eine gröſsere Anzahl bettlägeriger, ältlicher Patienten enthielt, bemerkte die Schwester eine sehr ausgesprochene Abnahme des Appetits schon mehrere Tage lang vor der Entwickelung irgend welcher auf die Haut bezüglichen Zeichen oder Symptome. Eine andere Schwester (Saal VII) sagte, daſs neben dem Gefühl von Jucken in der Haut, worüber viele Patienten schon vor der Entwickelung des eigentlichen Ausschlags klagten, auch von mehreren über ein Gefühl von groſser Ermüdung, über Schmerzen im Kreuze und an den Extremitäten während fünf oder sechs Tage vor dem Auftreten des Ausschlags geklagt wurde.

B. Veranlassende Ursachen. — Indem wir uns nun den möglichen veranlassenden Ursachen der Epidemie zuwenden, tritt uns in dieser Beziehung als der zuerst zu prüfende Faktor die Nahrung entgegen. Von Fräulein Annette Benson, Dr. med. und klinischem Assistenten, wurde eine Tabelle der von den erkrankten Personen genossenen Speisen in der Zeit des ersten Auftretens ihres Leidens angefertigt, doch ergiebt eine sorgfältige Prüfung derselben durchaus keinen nachweisbaren Zusammenhang zwischen der Krankheit und irgend einem bestimmten Nahrungsartikel oder einer Reihe von Nahrungsbestandteilen, und der Umstand allein, daſs Fälle der gleichen Krankheit sowohl im Marylebone Infirmary, als auch im St. Mary's Hospital und sonstwo an Stellen, wo die Speisenliste nicht nur anders war, sondern auch aus Bestandteilen, die aus anderen Quellen stammten, zusammengesetzt war, genügt schon an und für sich, um die Diät als an der Entstehung des Leidens beteiligt auszuschlieſsen. Es dürfte vielleicht der Erwähnung wert sein, daſs die Verpflegung in dem Paddington Infirmary auſserordentlich freigebig eingerichtet ist, und daſs auf die Zubereitung gröſsere Sorgfalt verwendet wird, als dies gewöhnlich der Fall zu sein pflegt. Sowohl der Quantität als auch der Qualität nach ist hier die Nahrung besser als in irgend einem mir bekannten Hospital oder Siechenhaus. Das Einzige, was sowohl im Paddington wie im Marylebone Hospital von demselben Lieferanten bezogen wird, sind Milch und Fische.

2. Die Seife wurde von einigen verdächtigt, und es wurden Nachforschungen angestellt. Aber es war die nämliche Seife schon lange Zeit

vor dem Auftreten der Epidemie bereits in Verwendung gewesen, ohne irgend welchen Nachteil zu bringen. Aufserdem lieferte ein anderer Fabrikant eine andere Seife als die unsrige für das Marylebone Infirmary.

3. Scabies wurde ebenfalls in den ersten Tagen der Epidemie von mancher Seite vermutet. Aber es wurden niemals Gänge oder andere hierauf bezügliche Zeichen trotz sorgfältiger Nachforschung aufgefunden.

4. Das Wasser ist möglicherweise eine Quelle des Übels sowohl bei internem wie bei externem Gebrauch. Die Wasserzufuhr des Paddington Infirmary stammt von der West Middlesex Water Company, diejenige des Marylebone Infirmary von der Grand Junction Water Company.

Überdies fragt es sich, wenn irgend ein lokal wirkendes Agens wie Seife, Krätze, Wasser die Veranlassung zur Krankheit bildete, wie es denn kommt, dafs a) die zarte Haut der Kinder und Säuglinge in so auffälliger Weise verschont blieben, während die Disposition zur Erkrankung pari passu mit der Zunahme der Jahre sich steigerte; b) dafs die zuerst befallenen Teile keineswegs immer mit den den lokalen Einwirkungen am meisten ausgesetzten Teilen übereinstimmten, vielmehr bei zahlreichen Fällen die Affektion auf dem Rücken, der Brust oder dem Abdomen ihren Anfang nahm; c) dafs das Marylebone Infirmary, in dem die Nahrungsmittel, das Wasser und die Seife von anderen Quellen herstammten, zur gleichen Zeit und in genau der gleichen Weise eine der beschriebenen genau analoge Epidemie aufgewiesen hat.

Es bleibt also noch die Frage übrig: Ist das Leiden durch irgend eine noch unaufgeklärte epidemische Einwirkung, etwa das Klima, die Luft, die Jahreszeit oder ein Kontagium bedingt?

5. Klimatische und atmosphärische Ursachen: Es ist jedenfalls eine bemerkenswerte Thatsache, dafs die zwei benachbarten Hospitäler der Hauptstadt, welche die neuesten sind und daher, wenn man so sagen darf, wegen ihrer sanitären Vollkommenheit grofses Ansehen geniefsen, zu gleicher Zeit der Heimsuchung durch dieses Leiden ausgesetzt sein sollten. Einige wenige Fälle traten auch in Lambeth[9] auf, aber dies war gar nicht mit der an den beiden anderen Anstalten auftretenden Epidemie zu vergleichen. Die übrigen 22 Hospitäler der Hauptstadt mit mehr als 10000 Insassen derselben Art scheinen unberührt geblieben zu sein, wie nach der Angabe von Dr. DOWNES[10] auch diejenigen der übrigen Teile von England.

6. Boden. Das Paddington Infirmary ist auf einer Anhöhe in ungefähr dem gleichen Niveau wie die Hügel von Sydenham und Highgate erbaut. Das unmittelbare Substrat bildet der Londoner Lehm; sowohl das hiesige wie das Marylebone Infirmary befinden sich gerade aufser-

[9] Die betreffenden Details sollen weiterhin mitgeteilt werden.
[10] Diskussion in der Medical Society.

halb des oberflächlichen Streifens Kies, welcher neben dem Bayswater Road herläuft. Die Tiefe des Londoner Lehms (London Clay) beträgt in dieser Nachbarschaft ungefähr 250 Fuſs. Darunter befindet sich ein schmaler Streifen etwa 50 oder 60 Fuſs der Lager von Woolwich und Reading (Lehm, Sand, Kieslager, Mergel, Verschiedenes); darunter liegen 600 Fuſs Kreide. Darunter bildet eine schmale Schichte von nicht über 15 Fuſs Dicke aus oberem grünem Sand die Scheide zwischen der Kreide und dem „Gault below".

Eine interessante Thatsache, welche mir aufgefallen ist, sei hiermit auch noch erwähnt. Während der Pockenepidemie des Jahres 1881 und auch früher war der Grund und Boden, auf dem das Paddington New Infirmary jetzt steht, für hölzerne Baracken zur Aufnahme der Pockenfälle verwendet worden. Als im Jahre 1883 die nötigen Ausgrabungen für die Grundmauern des neuen Gebäudes vorgenommen wurden, ist auch eine alte Schwindgrube angestochen worden, aus der ein sehr intensiver Gestank hervorgegangen sein soll. Mehrere der an dieser besonderen Stelle beschäftigten Arbeiter erkrankten sofort an Pocken, und einer oder mehrere von ihnen starben sogar. Möglicherweise dürfte diese Thatsache nicht ohne Bedeutung sein, wenn man dieselbe mit den über gemischte Krankheiten gemachten Beobachtungen zusammenhält.

7. Jahreszeit. Eine oberflächliche Betrachtung der Ereignisse deutet gewissermaſsen darauf hin, daſs gewisse, nicht weiter bekannte, mit der Jahreszeit zusammenhängende Einflüsse zwar sicherlich nicht die nächstliegende oder einzige Ursache sind, aber immerhin eine gewisse Rolle in der Ätiologie des Leidens spielen; denn in Paddington war der Ausbruch genau auf die Sommer- und Herbstmonate beschränkt; und Herr Lunn und Dr. Richards teilten mit, daſs im Herbste (1890) Fälle ähnlicher Art nur in milderer Form und in geringerer Zahl im Marylebone Infirmary und dem Hanwell Asylum vorkamen. Beifolgende Tabelle giebt die Zahlen der Erkrankungen in den verschiedenen Monaten in Paddington an. Man sieht daraus, daſs die gröſste Anzahl auf den Juli und August entfällt.

Tabelle C.

	Mai	Juni	Juli	August	Septbr.	Oktober
Männlich	2	11	37	29	6	4
Weiblich	0	9	22	27	9	7
Summa	2	20	59	56	15	11

8. Kontagium. In mehreren Punkten hat diese Krankheit Ähnlichkeit mit spezifisch-infektiösen Leiden, aber das Fehlen des Fiebers verbietet an sich schon eine Klassifizierung derselben mit dieser Gruppe. Das Fehlen von Temperatursteigerungen ist eine Sache von erheblicher Wichtigkeit und wird eine eingehendere Untersuchung erfordern. Trotzdem sind in der klinischen Entwickelung dieser Epidemie gewisse Eigentümlichkeiten vorhanden, welche eine Stütze für die Ansicht von der Kontagiosität derselben bieten und auf das Vorhandensein eines spezifischen lebendigen Organismus hinweisen:

1. Der cyklische Verlauf von sieben- bis achtwöchiger Dauer, den der primäre Anfall meistens nahm.

2. Die begleitenden Symptome einer konstitutionellen Erkrankung.

3. Obgleich, wie hervorgehoben worden ist, die Details bei den einzelnen Fällen erhebliche Unterschiede darboten, so war doch die auffällige, zwischen allen vorherrschende, allgemeine Übereinstimmung eine Thatsache, welche selbst dem ganz zufälligen Beobachter auffiel; und der daraus zu ziehende Schlufs ist der, dafs die Ursache, welche dieselbe auch immer sein mag, spezifischer Art ist.

4. Diese drei Merkmale im Verein mit einem Hautausschlag vervollständigen die Ähnlichkeit mit einem kontagiösen, exanthematischen Fieber.

5. Die serpiginösen Ringe, welche bei manchen Fällen den Anfang bildeten, waren ihrem Aussehen nach fast identisch mit Tinea circinata, einer notorisch durch einen lebenden Organismus bedingten Krankheit.

6. Der ausgesprochene Nutzen der pilztötenden Mittel zur Modifizierung der Hautläsionen bei frühzeitiger Anwendung. Die Wirksamkeit des Kollodiums zur Verhütung der weiteren Ausbreitung, wenn man dasselbe frühzeitig anwandte und den betreffenden Fleck vollständig damit einschlofs, weist ebenfalls hierauf hin.[11]

7. Der wellenartige Anstieg und Abfall dieses Ausbruchs, der sich streng auf den Sommer und Herbst des Jahres 1891 beschränkte.

8. Es ist stets schwierig, unanfechtbare Fälle eines direkten Kontagiums festzustellen, aber es ist bemerkenswert, dafs von den 11 erkrankten Personen aus den 193 gesunden, aber betagten Insassen des eigentlichen Armenhauses 7 als „Hülfspersonal" oder unbesoldete Wärter bei der Pflege der an der Epidemie schon erkrankten Personen beteiligt und in direkter Berührung mit denselben gewesen waren. Aufserdem ist in dieser Beziehung die Thatsache, dafs ich und mein kleiner Hund ebenfalls erkrankten, von besonderer Bedeutung.

9. Das konstante Vorhandensein eines spezifischen Organismus im

---

[11] Conf. Seite 66.

Serum und im Exsudat, sowie, was Dr. RUSSELL nachgewiesen hat,[12] auch im Blute und in den Geweben.

Dennoch ist die Krankheit nicht bösartig kontagiös, denn, wie bereits hervorgehoben wurde, dieselbe befällt nicht unterschiedslos beide, Gesunde und Kranke. Gewisse prädisponierende Zustände sind, wie es scheint, stets unentbehrliche Bedingung, wozu namentlich das höhere Lebensalter und Krankheit gehören.

Ob der einmal überstandene Anfall Immunität gegen weitere Erkrankung gewähre, und ob eine Periode der Inkubation bestehe,[13] sind Fragen, die vorläufig noch nicht beantwortet werden können. In manchen Fällen scheint ein Prodromalstadium vorhanden zu sein, wie auf Seite 69 bereits hervorgehoben wurde.

Ferner finden sich gewisse Anzeichen, welche in lebhaftester Weise die Vermutung, aber nur eine Vermutung aufkommen lassen, daſs das spezifische Kontagium, welcher Art dasselbe nun sein mag, die unverletzte Haut angreift und auf diese Weise in den Organismus hineingelangt:

1. Die im Anfang der Attacke ringförmige, serpiginöse Ausbreitung des Ausschlags, welche bei fünf Fällen mit Sicherheit konstatiert wurde.

2. Die deutlich ausgesprochene Wirkung von pilztötenden Mitteln zur Einschränkung der Affektion bei frühzeitiger Anwendung bei vielen Fällen und das absolute Coupiertwerden wenigstens des einen Falles.

3. Der Ausschlag zeigte eine gewisse Neigung, sich zuerst auf den exponierten Stellen des Körpers, dem Gesicht, den Ohren zu entwickeln und von dort sich weiter auszubreiten. Ein derartiges Verhalten stimmt mit den Eigenschaften eines aëroben Keimes überein.

4. Die Neigung des Ausschlags, einen ekzematösen Charakter anzunehmen; Ekzem ist aber diejenige Form der Hautkrankheit, welche die häufigste Folge einer lokalen Reizung darstellt (z. B. Skabies etc.).

(Fortsetzung folgt.)

---

[12] Der bakteriologische Bericht von Dr. RUSSELL soll in einer späteren Nummer erscheinen.

[13] Fall M. XXXI entwickelte den Ausschlag zwei Tage nach der Aufnahme, — Fall M. XX. vier Tage und Fall M. XXV, vier Wochen nach der Aufnahme.

Versammlungen.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Dritter Kongrefs, gehalten zu Leipzig 17.—19. September 1891.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Ergänzungsheft I. 1892.)

I. Sitzung.

Präsident Herr Lipp (inzwischen verstorben) begrüfst in der Eröffnungsrede die Versammlung und drückt seine Freude über die wachsende Teilnahme aus, welche der Gesellschaft seit ihrem kurzen Bestehen entgegengebracht werde. Wie in anderen Berufsthätigkeiten, so führt Redner aus, sei auch in der praktischen Heilkunde angesichts der grofsen Fortschritte der Naturwissenschaften, des reichhaltigen Materials an Beobachtungen und Erfahrungen, der sich stetig vervollkommnenden Technik in der Untersuchung und Behandlung der Krankheiten, der kolossal anwachsenden Litteratur die Teilung der Arbeit eine Notwendigkeit geworden. So habe sich auch die Dermatologie in ihrem Ringen nach Selbständigkeit einen ansehnlichen Platz unter den anderen medizinischen Fächern erobert.

Behufs gründlicher und wissenschaftlicher Ausbildung des angehenden Arztes in dieser Disziplin sei eine eingreifende staatliche Unterstützung wünschenswert, die sich auf die Einrichtung von Kliniken und Laboratorien, auf die Besetzung von Lehrstühlen, auf den obligatorischen Besuch des dermatologischen Unterrichts und auf die Aufnahme der Dermatologie und Syphilidologie unter die Prüfungsgegenstände beim Staatsexamen erstrecke. Bei dem Interesse, das der Dermatologie auch seitens der anderen medizinischen Spezialfächer entgegengebracht werde, sei eine Realisierung dieser Wünsche über kurz oder lang zu erwarten. Österreich-Ungarn habe in dieser Beziehung bereits manches gethan.

Nach einem kurzem Rückblick auf die bisherige Thätigkeit der Gesellschaft erklärt Redner die Sitzung für eröffnet und erteilt

Herrn Lesser das Wort. Derselbe heifst die Versammlung in Leipzig willkommen, drückt seine Freude über ihr zahlreiches Erscheinen aus, dankt den Leipziger Kollegen für ihre Teilnahme an der Eröffnungssitzung, dankt schliefslich auch Herrn His für dessen gastfreundliche Überlassung des anatomischen Hörsaales zur Abhaltung der Sitzungen. — Nach einigen geschäftlichen Mitteilungen seitens des Vorsitzenden ergreift

Herr Kaposi das Wort zu einem Referate: **„Über die Behandlung der tuberkulösen Haut- und Schleimhautaffektionen mit Tuberkulin.“**

Die physiologische Wirkung des Tuberkulins auf Lupus sei eine unerhörte und unaufgeklärte Thatsache und veranlasse, trotz fehlender Heilerfolge dem Gegenstande auch fernerhin die gespannteste Aufmerksamkeit zuzuwenden und auf dem Gebiete ohne Voreingenommenheit weiter zu forschen.

Für die Diskussion seien zwei wesentliche Momente, auf die sich das klinische Interesse konzentriere, hervorzuheben:

1. Der diagnostische Wert des Mittels.

2. Der therapeutische Erfolg des Mittels bei Lupus.

Redner wiederholt seine bereits an anderer Stelle bekannt gegebenen Ansichten. Da auf das Mittel eine Reaktion auch in einer Reihe von nicht lupösen Prozessen eintrat, so berechtige das Auftreten der bekannten Entzündungserscheinungen an

einem Krankheitsherde nach Injektion von Tuberkulin an sich nicht, diesen Prozefs für Tuberkulose oder für Lupus zu erklären, d. h. der diagnostische Wert des Mittels ist in dem Grade und in dem Sinne der ursprünglichen Publikation von Koch nicht aufrecht zu halten. Dagegen sei ein relativer diagnostischer Wert des Mittels in erheblichem Mafse vorhanden, indem dasselbe bei Lupus fast ausnahmslos eine Reaktion zur Folge hatte.

Was den therapeutischen Erfolg betrifft, so habe Redner, ebenso wie andere Ärzte, nach den ersten Injektionen eine Abflachung des Lupus, teilweise bis zum scheinbaren Verschwinden gesehen. Dagegen hätten nach einiger Zeit die Patienten selbst auf gröfsere Dosen nicht mehr reagiert, währenddessen sei der Lupus wieder angewachsen. Einen definitiven Heilerfolg habe er nicht erzielt. Da das Mittel die Lebensfähigkeit der Bazillen keineswegs vernichtet, ja unter Umständen, wie Virchow nachgewiesen und Redner selbst Gelegenheit hatte sich zu überzeugen, den Lupus metastatisch neu entstehen läfst, so sei auch eine Heilung des Lupus vermittelst des Tuberkulins nicht zu erhoffen, noch viel weniger sei dasselbe geeignet, wegen der schweren Allgemeinerscheinungen, die es hervorruft, die bisherigen Mittel gegen Lupus zu verdrängen oder zu ersetzen. Als einleitendes Heilverfahren jedoch werde man die ersten Injektionen, nach denen sich eine evidente und rasche Besserung einstelle, bei sehr ausgebreitetem und multipel lokalisiertem Lupus vielleicht mit Nutzen anwenden können. Allerdings werde man in jedem individuellem Falle zu erwägen haben, ob es sich lohne, um der rasch vorübergehenden Besserung willen, den Patienten bedrohlichen Allgemeinerscheinungen auszusetzen.

Einen anderen Standpunkt nimmt der folgende Redner, Herr Neisser, ein.

Kaposi sei durchaus kein Gegner der Kochschen Methode, er (Redner) aber ein entschiedener Freund der Tuberkulin-Behandlung. Hätten sich auch die grofsen Hoffnungen, die man in das Kochsche Mittel gesetzt, nicht erfüllt, so seien die bisherigen Erfolge doch nicht so entmutigend, um ein so hohes Ziel, das beim ersten Anlaufe nicht erreicht wurde, nicht mit allen zu Gebote stehenden Kräften weiter zu verfolgen.

Bezüglich der Heilwirkung des Tuberkulins müssen folgende Thatsachen festgehalten werden:

1. Oberflächliche Tuberkulosenherde können auf dem Wege der Exulzeration, Abstofsung und Ausstofsung der Bazillen unter dem alleinigen Einflufs des Tuberkulins heilen, besonders Schleimhaut-Tuberkulosen am harten Gaumen, Epiglottis, auch an der äufseren Haut.

2. In zahlreichen Fällen verschwanden und heilten die lupösen Neubildungen, Knoten, Verdickungen u. s. w. durch die Injektionen ab. — Aber diese Heilungsvorgänge waren sehr oft

1. keine vollständigen,
2. keine andauernden.

Ist dieses im allgemeinen ungünstige Resultat das allein erreichbare?

a) Giebt es keinen Weg, die Heilungsvorgänge an den tuberkulösen Neubildungen in allen Fällen in ihrer gesamten Ausdehnung zu erreichen und diesen Erfolg festzuhalten?

b) Giebt es keine Möglichkeit, auch die Bazillen selbst mit Zuhilfenahme der Injektionen anzugreifen? Kombinationen der Injektionen mit externer Behandlung durch Applikation von Ätzmitteln oder durch Zuführung von antibakteriellen, mit dem Tuberkulin vereinigten Agentien dürften unter einer mäfsigen, lange andauernden örtlichen Tuberkulinreaktion vielleicht die besten Resultate liefern. Diese chronische, langsame, örtliche Tuberkulinwirkung zu erreichen, sei bis jetzt nicht gelungen.

Redner bespricht sodann die Wirkung des Tuberkulins im allgemeinen, die nach den meisten Autoren nur eine entzündungserregende, nach wenigen (auch nach Redners Ansicht) auch eine die Tuberkelherde direkt angreifende wäre.

Es werde für die nächste Zeit die Aufgabe sein, festzustellen, ob irgend eine im Tuberkulin enthaltene Substanz aktiv auf das tuberkulöse Neoplasma wirkt und auch fortwirkt, wenn die Injektionen eine örtliche, entzündliche Reaktion nicht mehr hervorrufen, und zweitens das fiebererregende Agens im Tuberkulin von dem direkt nekrotisierenden zu trennen. Hunter, Watson Cheyne, Klebs wollen bei ihren darauf gerichteten Versuchen günstige Resultate erzielt haben. Nach der neuesten Publikation von Koch unterscheidet sich die Wirkung des rein dargestellten Tuberkulins (Tuberculin. sicc.) nicht von der des Rohtuberkulins (Tuberculin. liquid.).

Einen absolut nach allen Richtungen geheilten Lupusfall kann Redner aus seiner Praxis nicht verzeichnen, „wohl sind mehr oder weniger grofse Flächen von Lupusgewebe sowohl auf der Haut wie auf der Schleimhaut geheilt und können als absolut gesund betrachtet werden, da viele Monate seitdem verflossen.“

Redner fafst das Gesagte dahin zusammen:

I. Die therapeutischen Versuche mit dem Tuberkulin sind unter allen Umständen fortzusetzen.

II. Festgestellt ist, dafs antibazilläre Wirkungen dem Tuberkulin nicht innewohnen.

III. Festgestellt scheint, dafs auch antituberkulöse Wirkungen fehlen.

IV. Die Frage betreffend die Existenz nekrotisierender Substanzen ist eine offene.

V. Zu lösen ist wesentlich die Frage: Bedürfen wir therapeutisch der als „lokale Reaktion“ zusammengefafsten Vorgänge?

a) Nützlich erscheint eine starke Reaktion zum Zweck der mechanischen Entfernung der Bazillen bei ganz oberflächlichen Tuberkulosen.

b) Nützlich erscheint die lokale Hyperämie und Exsudation mäfsigen Grades als Lokalisierungsmittel von im Organismus gleichmäfsig zirkulierenden, antibazillären und antituberkulösen Stoffen.

c) Nützlich erscheint mäfsige Entzündung als Resorptionsmittel der die tuberkulöse Neubildung selbst umgebenden Infiltrate.

d) Schädlich und gefährlich aber ist starke örtliche Reaktion, weil sie die spontan eingeleiteten Abkapselungsvorgänge stören, sogar zerstören und dadurch zur Weiterverbreitung des tuberkulösen Prozesses erst recht beitragen kann.

Eine möglichst chronische Behandlung mit kleinsten und kleinen, von Allgemeinwirkungen freien Dosen dürfte sich am meisten empfehlen.

Den diagnostischen Wert des Tuberkulins hält Redner gegenüber Kaposi entschieden aufrecht. Eine wirklich typische, lokale Reaktion, wie sie einem Lupus charakteristisch sei, trete absolut nur bei tuberkulösen Affektionen auf. —

In der Diskussion teilt Herr Neumann-Wien seine weiteren Erfahrungen, die er mit dem Tuberkulin gemacht, mit. Eine Besserung war mit Ausnahme eines Falles von hochgradiger Lungentuberkulose in sämtlichen mit Tuberkulin behandelten Fällen eingetreten, dagegen bei keinem einzigen Falle eine definitive Heilung.

Von Interesse sind die konsekutiven Exantheme, welche in stets konstanter Form erscheinen und vielfach Ähnlichkeit mit Scarlatina variegata, Morbilli papulosi, Erythema urticans etc. zeigen. Ferner beobachtete Redner in einzelnen Fällen akute Schwellungen der Lymphdrüsen, die spontan wieder zurückgingen.

In den mit Tuberkulin behandelten Lupusknoten zeigten sich bei der mikroskopischen Untersuchung die Bazillen unverändert.

Nicht alle Arten von Lupus werden in gleicher Weise günstig durch das Tuberkulin beeinflufst. Für die Injektionen eignen sich der Lupus exulcerans serpiginosus, tumidus, namentlich wenn derselbe auf dem Gesichte lokalisiert ist. — Da eine Einwirkung auf den Lupus nur durch die lokale Reaktion möglich ist, so mufs es für die nächste Zukunft die Aufgabe sein, die Gröfse der Dosis und die Zeit zu bestimmen, welche verstreichen mufs, bis wieder eine sichtbare Reaktion erfolgt.

Herr Pick hält den diagnostischen Wert des Mittels für vollkommen sicher. Zeigten sich Fälle, in denen eine Reaktion bei Lupus ausgeblieben, so seien vielleicht das Alter und die vorgeschrittene, schwielige Veränderung an der zögernden Reaktion schuld. Bei Lupus erythematosus und Karzinom sah Redner nie eine örtliche Reaktion.

Die lokal auftretende Nekrose hält Pick für die Folge der Entzündung. Therapeutisch führe das Mittel eine entschiedene Besserung des Krankheitszustandes herbei. Metastasen, wie sie Kaposi gesehen, habe er nie beobachtet.

Herr Doutrelepont hat die Versuche mit Tuberkulin auch dann noch längere Zeit fortgesetzt, nachdem sich die Hoffnungen, die man in das Mittel gesetzt, zum grofsen Teile als trügerisch erwiesen haben.

Die lokale Reaktion beschränkt sich nach den Beobachtungen des Redners auf das tuberkulöse Gewebe. Ebenso wie Neumann hat D. auf der Höhe der Reaktion häufig weitverbreitete Erytheme, masern-scharlachähnliche Ausschläge, Herpes labialis etc. wahrgenommen.

Die lokale Reaktion ist auch nach D. das Wirksame. Der therapeutische Wert des Mittels mufs entschieden hoch angeschlagen werden, wenn auch in den meisten Fällen Rezidive aufgetreten sind. Thatsächlich bringe man durch Kombination der Injektionen mit den älteren Lupusmitteln den Lupus schneller zur Heilung, als es vor Anwendung des Tuberkulins der Fall gewesen war.

Die mikroskopische Untersuchung von Lupusstückchen bestätigt die schon klinisch zu konstatierende entzündungserregende Wirkung und den günstigen Einflufs des Tuberkulins auf die Hauttuberkulose, indem das tuberkulöse Gewebe unter der serös-fibrinösen Exsudation und Auswanderung von Leukozyten teilweise schwindet oder atrophiert. Ein grofser Teil des tuberkulösen Gewebes bleibt bestehen und bildet jedenfalls die Ursache zu Rezidiven.

Mit dem Wunsche, dafs es durch weitere experimentelle und klinische Arbeiten gelingen möge, das Mittel zu vervollkommnen und das gesteckte Ziel — die Heilung der Tuberkulose — zu erreichen, schliefst Redner seinen Vortrag. —

Herr Urban demonstriert **einige Fälle von Lupus, behandelt mit Exzision und Hautverpflanzung.**

Die Methode, nach der in der chirurgischen Klinik von Professor Thiersch verfahren wird, ist folgende: „Der Lupus wird in seiner ganzen Ausdehnung im Gesunden mit dem Messer entfernt. Der Schnitt führt vom Rande der erkennbaren Infiltration entfernt mindestens 2—3 mm im Gesunden. Die Dicke der ausgeschnittenen Haut samt subkutanem Fettgewebe beträgt 0,5—1,0 cm. Gewöhnlich bleibt ungefähr die Hälfte des subkutanen Fettgewebes zurück, die Hälfte wird mit der Haut entfernt; jedenfalls hält man sich in genügender Entfernung von der tuberkulösen Infiltration und hütet sich, die Lupusherde anzuschneiden. Die zahlreichen blutenden Gefäfse werden mit Gefäfszangen gefafst, die Blutung durch Torsion gestillt. Bei Unterbindung stöfst sich immer an Stelle der Ligatur ein Stück aufgesetzter Haut ab, so dafs die Fläche uneben wird. Die Blutung der kleinsten Gefäfse wird durch Kompression von 10 Minuten Dauer gestillt. Dann wird unmittelbar auf die frische Wundfläche die neue Haut in dünnen Scheibchen von entfernten Körperteilen — in

der chirurgischen Klinik vom Oberschenkel — aufgesetzt. Läfst man die Fläche erst granulieren, so wird die Kur unnötig in die Länge gezogen und das plastische Resultat schlechter. Operation und Nachbehandlung mufs mit der peinlichsten Sorgfalt nach den für die Hautverpflanzung vorgeschriebenen Regeln ausgeführt werden." (S. 54.)

Redner führt mehrere Patienten vor, beschreibt deren Krankheitsgeschichte und Behandlung und demonstriert Photogramme sowohl der Operierten vor und nach der Operation wie auch des ausgeschnittenen, in Alkohol gehärteten Lupusherdes.

Herr Jadassohn: **Demonstration von Unnas Plasmazellen und von eosinophilen Zellen im Lupus und in anderen Geweben.**

Redner resumiert kurz den ersten, die Plasmazellen behandelnden Teil der Unnaschen Arbeit. Nach Unnas Tinktionsmethode (Färbung mit alkalischem Methylenblau, Entfärbung mit Kreosol) gelinge der Nachweis der Plasmazellen in elektiver Weise, wobei aber das übrige Gewebe so sehr entfärbt werde, dafs dessen Untersuchung aufserordentlich erschwert sei. — Gute Präparate erhalte man, wenn man das jüngst von Hoyer empfohlene, durch seine metachromatische Wirksamkeit ausgezeichnete Thionin in stark alkalischer (1/2000) oder Boraxlösung verwendet, ohne Bedenken überfärbt und mit schwach saurem Wasser vorsichtig entfärbt.

Die Frage, ob diese von Unna beschriebenen Zellen identisch sind mit dem, was man bisher als epitheloide Zellen im Lupus bezeichnet hat, verneint J., da es leicht sei, namentlich an isolierten Lupusherden nebeneinander die bisher als epitheloide beschriebenen und die Plasmazellen zu demonstrieren.

Viel wichtiger sei die Frage, ob die bisher als Epitheloidzellen bezeichneten Elemente des Tuberkels, die zweifellos charakteristischsten Bestandteile desselben, aus den Plasmazellen entstehen. Unna hat diese Frage bejaht, und nach seiner Beschreibung ist an einen kontinuierlichen Übergang der Plasmazellen in die epitheloiden nicht zu zweifeln. Redner vermochte einen solchen Übergang nirgends festzustellen.

Der Ansicht Unnas, dafs die von ihm gefundenen Zellen identisch wären mit den Waldeyerschen Plasmazellen, vermag Redner nicht beizuflichten, da Waldeyer seine Zellen als grobgekörnt beschreibt, während die Unnaschen Zellen eine so aufserordentlich feine Körnung zeigen, dafs sie von Unna nur mit der stärksten Linse, vom Redner selbst überhaupt nicht erkannt werden konnten; zweitens fehlen die Zellen mit Unnas Färbereaktion gerade in solchen Organen, in welchen Waldeyers Zellen besonders reichlich zu finden sind, so in den Hoden im Gehirn der Ratte, in Nebenniere und Hoden vom Menschen.

Unnas Zellen fand Redner nicht nur im Lupus, sondern bei verschiedenen pathologischen Prozessen. So bestand das Zellinfiltrat, das sich um einen von J. beschriebenen, gonorrhoisch erkrankten, paraurethralen Gang angesammelt hat, fast ganz aus Plasmazellen, ferner fand sie J. in mehreren Primäraffektionen, nicht exulzerierten Sklerosen, in einigen trockenen Papeln, in einem nicht tuberkulösen Geschwüre in der Achselhöhle, im Karzinom etc., vereinzelt unter einem spitzen Kondylom, im Stroma eines Urethralpolypen, eines Mastdarmpolypen, in einem Narbenkeloid nach Acne etc. Nach den Untersuchungen des Redners kann man annehmen, dafs fast bei allen entzündlichen Prozessen eine Ansammlung von Plasmazellen statthat, mit Ausnahme derjenigen, bei denen ein ganz akuter Vereiterungsprozefs vorhanden war.

Redner erörtert weiter die Frage: „Sind alle Zellen, deren Protoplasma sich in der oben erwähnten Weise färbt, Abkömmlinge der fixen Gewebselemente?" J. suchte die Frage durch den Nachweis einer mitotischen Vermehrung der Plasmazellen zu beantworten. Es fanden sich jedoch selbst bei stark wuchernden Prozessen mitotische

Figuren nur in sehr spärlicher Zahl vor, so daſs von diesen auf eine Proliferation der Plasmazellen nicht mit Sicherheit geschlossen werden konnte. — Auch bei der Untersuchung von Lymphdrüsen, Knochenmark, Milz vermochte J. zu keinem positiven Resultate zu gelangen. Es fanden sich in diesen Organen zahlreiche Plasmazellen neben charakteristischen Lymphozyten. Den Beweis, daſs die Unnasche Reaktion allein ausreiche, alle Abkömmiinge fixer Zellen von protoplasmareichen Leukozyten zu unterscheiden, vermag J. nicht als erbracht anzusehen.

Am Schlusse seines Vortrages demonstriert J. bisher noch wenig oder gar nicht beobachtete Zellen im Lupusgewebe, auf die Redner eingehend an anderer Stelle zurückkommen will. Es handelt sich um Zellen mit eosinophilen Granulis, die bei der Kochschen Behandlung vor den Injektionen nur spärlich, dagegen auf der Höhe der entzündlichen Reaktion und unmittelbar nach derselben in groſser Menge gleichzeitig mit zahlreichen eosinophilen Zellen vorkommen. —

Herr Jacobi: **Pathologie und Pathogenese des Lichen scrophulosorum.**

Der Lichen scrophulosorum ist als Krankheit sui generis in Frankreich noch nicht genügend anerkannt. Besnier und Doyon bezeichnen ihn im Kommentar zum Lehrbuch von Hebra und Kaposi als eine Art Follikulitis der Haarbälge resp. der Talgsdrüsen. Andere französische Autoren identifizieren die Affektion mit der Pityriasis rubra pilaris (Devergie). Die Krankheit zeigt jedoch hinreichende Symptome, welche die skrophulöse resp. tuberkulöse Natur derselben deutlich erkennen lassen. Der anatomische Befund an exzidierten Knötchen bestätigt das klinische Bild. „Alle Knötchen, sowohl vereinzelte wie konfluierende, boten das typische Bild miliarer Tuberkel, die meist gut abgegrenzt waren und immer aus Rundzellen, epitheloiden und Schüppel-Langhansschen Riesenzellen bestanden. Stäbchen konnten vermittelst des Gabbetschen Verfahrens in sehr spärlicher Zahl nachgewiesen werden.“

Redner faſst seine Beobachtungen und Untersuchungen am Lichen scrophulosorum dahin zusammen: „Wir haben es mit einer Erkrankung zu thun, die klinisch genau bestimmt, ausschlieſslich bei Personen vorkommt, die an einer Tuberkulose — meist der Drüsen — leiden und meist den sogenannten skrophulösen Habitus darbieten. Das Auftreten der Hautaffektion fällt oft zusammen mit einer Verschlimmerung an den tuberkulösen Herden, während mit Besserung des Allgemeinbefindens und der ursprünglichen tuberkulösen Affektionen auch das Hautleiden zu verschwinden pflegt. Da mikroskopisch die einzelnen Effloreszenzen das Bild miliarer Tuberkel zeigen, da den Tuberkelbazillen an Gröſse, Gestalt und charakteristicher Farbenreaktion gleichende Stäbchen sich vorfanden, so erscheint die Vermuthung sehr wahrscheinlich, daſs wir den Lichen scrophulosorum als eine Form der Hauttuberkulose ansehen müssen. —

In der Diskussion beschreibt Herr Mraček **einen Fall von Tuberculosis verucosa cutis**, der mit Exzision der erkrankten Hautpartie und mit Transplantation behandelt worden ist und ein excellentes, auch in plastischer Beziehung brillantes Resultat geliefert hat.

Herr Saalfeld berichtete **über die Behandlung einiger Lupusfälle**, bei denen er sein bereits in der *Berl. klin. Wochenschr.* unter den Verhandlungen der Berliner Dermatologischen Vereinigung besprochenes Verfahren konsequent angewendet hat. Gleichzeitig demonstriert S. die hierzu notwendigen, vom Instrumentenmacher Wilhelm Tasch, Berlin N., Oranienburgerstr. 27, angefertigten Instrumente.

C. Berliner-Aachen.

(Fortsetzung folgt.)

Moskauer Venerologische und Dermatologische Gesellschaft.

(Originalbericht von ALFRED LANZ-Moskau.)

Sitzung vom 6. März 1892.

I. Dr. KONTRIM präsentierte einen Kranken mit **Lupus vulgaris penis et scroti.** Patient, Schuhmacher, 40 Jahre alt, erfreute sich stets guter Gesundheit; er hat nie Syphilis gehabt. Patient erkrankte vor 5 Jahren und wurde nun mit verschiedenen Mitteln, jedoch erfolglos, behandelt. Am 19. Dezember 1891 kam er ins 2. städtische Krankenhaus, wo Referent ihn untersuchte, mit folgenden Erscheinungen: Am Skrotum, besonders links, waren höckerige, teils geschwürig zerfallene Wucherungen zu bemerken; der untere Teil dieser Wucherungen ist in ein großes, flaches Geschwür mit leicht blutendem Grunde verwandelt. Die übrige vordere und auch ein Teil der hinteren Oberfläche des Skrotum, sowie der vordere Teil der Vorhaut stellen eine glatte pigmentlose Narbe dar. Die mikroskopische Untersuchung erwies, daſs es sich um Granulationsgewebe handelt, in welchem kaseöse Maschen- und Riesenzellen vorkommen und daſs das Hornlager des affizierten Gewebes besondere Neigung zur Wucherung zeigt, wie dieses zuweilen bei Veränderung des Rete Malpighi bei Lupus vulgaris beobachtet wird.

II. Dr. KOSTYLEFF teilte der Gesellschaft seine Ansichten über **Maſsregeln,** welche **gegen die Ausbreitung der Syphilis** ergriffen werden müſsten, mit und äuſserte den Wunsch, ein von ihm ausgearbeitetes, dahingehendes Projekt der Gesellschaft zur vorläufigen Beurteilung vorlegen zu dürfen.

III. Dr. MOLODENKOW referierte über einen Fall von **Ecthyma syphiliticum cum enteritide,** unter Vorführung des Kranken, den er im MIASSNITZKY-Hospital beobachtet hatte. Beim Eintritt ins Hospital wurde beim Patienten vorgefunden: Ulcus induratum praeputii, Polyadenitis s., Syph. maculo-papulosa, Impetigo s. capitis, weswegen ihm subkutane Sublimatinjektionen (1/4 gr pro dosi) verordnet wurden. Referent ging jedoch bald, weil die Injektionen Schmerzen hervorriefen, zu Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe (zu 3,0 täglich) über. Nach 2 Injektionen und 9 Einreibungen stellte sich plötzlich starkes Fieber ein (abends 39,6° und morgens 38°), der Puls stieg bis auf 128 Schläge in der Minute. Zugleich erschienen heftige Kopfschmerzen, besonders nachts, Schlaflosigkeit, allgemeine Schwäche und schnell hervortretendes Ecthyma profundum, sowie Diarrhoe. Je stärker der ekthymatöse Ausschlag hervortrat, desto mehr stieg auch die Temperatur bis 40,2° am Abend, Schlaflosigkeit und Kopfweh steigerten sich, die Diarrhoe wurde heftiger, in den Exkrementen erschien Blut; Patient klagte nicht über Leibschmerzen. Die Milz war normal, auch die übrigen inneren Organe wiesen nichts Abnormes auf. Daſs Abdominaltyphus auszuschlieſsen sei, zeigten die normalen Grenzen der mehrfach untersuchten Milz und das volle Bewuſstsein des Patienten, trotz heftigen Kopfwehs. Da gleichzeitig mit dem Ekthyma Diarrhoe und ein Geschwürsprozeſs der Schleimhaut des Verdauungskanals (pharyngis) auftraten, konnte man die Erscheinungen im Darm für Enteritis syphilitica halten. In Anbetracht dessen, daſs die vorläufige Quecksilberbehandlung nur wenig genützt hatte, konsultierte Referent Professor POSPELOW, und gemeinsam beschlossen sie, Patienten Natr. jodatum zu geben. Die Behandlung mit Jod bestätigte a posteriori die Diagnose. Bereits am 3. Tage lieſs der Kopfschmerz soweit nach, daſs Patient einschlafen konnte, am 5. Tage fiel der Puls von 128 auf 86 Schläge und die Temperatur auf 37,7° abends; die Diarrhoe wurde schwächer, das Blut in den Exkrementen verschwand, das Geschwür in pharynge vernarbte, das Hervortreten des Ausschlages lieſs nach, die ekthymatösen Geschwüre begannen zu granulieren. Das Verschwinden der Diarrhoe gleichzeitig mit der ulzerösen Pharyngitis und dem Hautausschlage unter Jod, welches einen akuten

Darmkatarrh stets verschlimmert, veranlaſte Referenten, die Diagnose Enteritis syphilitica zu stellen und Patienten der Gesellschaft zu demonstrieren.

IV. Dr. Pospelow setzte sein in der vorigen Sitzung begonnenes Referat über **Lepra anaesthetica** fort, wobei Referent die Unterscheidungsmerkmale von Syphilis und Syringomyelie ausführlich besprach. Leicht sei es möglich, den leprösen Ausschlag für eine annulläre Form papulöser oder tuberkulöser Syphilis zu halten. Doch bedürfe es nur eines Stecknadelstiches in die affizierte Haut, um sich davon zu überzeugen, daſs die Haut in den affizierten Stellen unempfindlich ist. Auch die übrigen Arten der Sensibilität sind beim Patienten vernichtet, nur gegen Druck ist er in ganz geringem Maſse empfindlich; die Anästhesie geht dabei nirgens über die Grenzen des Ausschlags hinaus.

Bei Syphilis wird etwas Ähnliches nie beobachtet. Es giebt aber eine Krankheit, mit der die Lepra anaesthetica verwechselt werden könnte, — nämlich die Syringomyelie oder Gliomatose des Rückenmarks. Wie leicht eine Verwechselung dieser Krankheiten möglich ist, beweisen die vorigjährigen Debatten in der Pariser Gesellschaft von Hospitalärzten über einen Fall Morvanscher Krankheit, den Joffroy und Benda für Syringomyelie, Bobinski, Charcot, Hallopeau und Thibierge dagegen für Lepra hielten, und der sich schlieſslich doch als Syringomyelie erwies. Erschwert wird die Diagnose auch dadurch, daſs beide Leiden vereinigt auftreten können. Auch lepröse Neuritis, schreibt Thibierge in seinem Aufsatze: *Les altérations cutanées de la syringomyelie* sei schwer zu erkennen, wenn sie verbunden ist mit Dystrophie der Haut, Mutilation der Extremitäten, Muskelatrophie u. a. Erscheinungen, wie dieses in den Fällen Rosenbachs, Langans', Leloirs und neuerdings in Morrows Falle stattfand.

Bei Gliomatose des Rückenmarks entwickelt sich der Krankheitsprozeſs vorzugsweise in der Längsrichtung der Rückenachse, und zwar befällt er stets eine bedeutende Strecke. Sich längs der Hinterhörner und des aufsteigenden Astes des Nerv. trigeminus ausdehnend, vernichtet die Syringomyelie auf diesem ganzen Gebiete die Sensibilität und besonders die Empfindung von Wärme und Schmerz. Bei Lepra anaesthetica dagegen gehen die Sensibilitätsstörungen niemals über die Grenzen des Ausschlags hinaus und haben niemals so regelmäſsige lineare Grenzen, wie dies bei Gliomatose beobachtet wird. Sodann schwindet bei Lepra oft vollständig der Tastsinn zugleich mit anderen Arten der Sensibilität, während er bei Syringomyelie fast immer erhalten bleibt und nur die Empfindung von Wärme und Schmerz schwindet. Somit tritt bei Lepra vollständige Anästhesie ein, während bei Syringomyelie nur Dissoziation der Sensibilität stattfindet. Schlieſslich könnten zwar auch bei Syringomyelie verschiedene Arten von Dystrophie der Haut auftreten, doch dann fielen bei ausgesprochener Syringomyelie die trophischen Veränderungen der Haut niemals mit den Grenzen der veränderten Sensibilität zusammen. Dagegen hielten sich bei lepröser Neuritis die Veränderungen der Sensibilität immer innerhalb der Grenzen des Leproms. Nun wäre das beste, um Gliomatose und lepröse Neuritis zu unterscheiden, sich der bakteriologischen Untersuchung zu bedienen, im voraus wissend, daſs sich bei Syringomyelie keine Lepra-Bazillen finden. Da bietet aber der Umstand Schwierigkeiten, daſs beide Krankheiten vereinigt auftreten können und man bei Lepra anaesthetica die Lepra-Bazillen nicht in der Haut, sondern in den Nerven zu suchen hat, was in den meisten Fällen so gut wie unmöglich ist. Zur Unterstützung der Diagnose auf Lepra wird gewöhnlich auch der Aufenthalt des Patienten in einer Lepragegend angeführt. Unser Patient lebte lange Zeit in Taganrog, wo die Lepra epidemisch existiert, wie überhaupt an den Ufern des Asowschen Meeres, und wo Patient sich leicht eine Ansteckung geholt haben kann. Zieht man ferner in Betracht, daſs Patient alljährlich nach Nischnij-Nowgorod auf die Messe fuhr, wo er mehrmals

alte Kleider kaufte und öfters seine Kopfbedeckung mit derjenigen dortiger mohammedanischer Fuhrleute wechselte, so kann man leicht annehmen, dafs er angesteckt worden ist, und zwar nicht nur in Taganrog, wo er bereits seit 10 Jahren nicht mehr gewesen ist, sondern auch in Nischnij-Nowgorod, und wahrscheinlich ist die Ansteckung im vorigen oder im vorvorigen Jahre erfolgt, weil der lepröse Ausschlag auf der Stirn erst im vorigen Jahre auftrat. Da man bis jetzt noch nicht bestimmt weifs, ob die Lepra ansteckend ist, und wenn sie es ist, wie lange die Inkubation dauert, so kann man in diesem Falle Ansteckung wohl annehmen, ohne aber im stande zu sein, die Zeit derselben zu bestimmen. Jedoch das Fehlen von Abnormitäten im Rückenmarksystem, das Fehlen von Veränderungen in den Muskeln und im Skelett, die bei Syringomyelie stets beobachtet werden, die scharf begrenzte Anästhesie innerhalb der vom Ausschlage ergriffenen Haut, das Nichtvorhandensein von Dissoziation der Sensibilität und die Möglichkeit der Ansteckung, — alles dieses spricht dafür, dafs wir es nicht mit Syringomylie, sondern mit Lepra anaesthetica zu thun haben.

V. Dr. Kracht zeigte der Gesellschaft **mikroskopische Präparate von Lepra-Bazillen** und von bei Lepra anaesthetica maculosa am Lebenden gewonnenen Hautstücken.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

Tuberkulose.

Über die Einwirkung des Kochschen Mittels („Tuberkulin") auf die Impftuberkulose der Kaninchen, von P. Baumgarten. (*Virchow-Festschrift*, Bd. III.) Verfasser hat an Kaninchen eine gröfsere Reihe von Versuchen mit dem Kochschen Mittel durch Impfung in die vordere Augenkammer gemacht und kommt zu folgenden Resultaten: Makroskopisch tritt nach Tuberkulininjektionen an den geimpften Augen starke Hyperämie und Exsudation, zuweilen auch Blutung ein; mikroskopisch zeigt sich eine reichliche Durchsetzung mit polynukleären Leukozyten und Fibrin, keine Degeneration der epitheloiden und Nierenzellen. Die Tuberkelbazillen unterscheiden sich in den Augen der geimpften Tiere in nichts von dem der Kontrolltiere; bei tuberkulösen Irisprolapsen fand eine Abstofsung und Verkleinerung der Prolapse statt, da das hier gebildete lockere Granulationsgewebe zur Erweichung und Abstofsung gut geeignet ist. Einmal trat auch Heilung unter den Injektionen ein, doch war dies Tier mit einer durch Jodoformzusatz abgeschwächten Kultur geimpft, und beim Kontrolltier trat spontane, wenn auch nicht so elegante Heilung ein.

Eine immunisierende Wirkung des Mittels liefs sich nicht feststellen, weder bei der nach erfolgter Infektion stattfindenden Impfung, noch bei frühzeitigem Einsetzen der Behandlung oder bei Präventivimpfung. Im Gegenteil, es schien die Behandlung die Metastasenbildung entschieden zu befördern, was besonders bei den mit abgeschwächten Kulturen geimpften Tieren zu Tage trat, indem die Vermehrung und Verschleppung der Bazillen durch die gesteigerte Saft- und Lymphströmung entschieden befördert wurde. Dagegen konnte man eine vermehrte Virulenz bei den geimpften Tieren nicht beweisen. Das Tuberkulin war ferner nicht im stande, die metastatischen

Tuberkel zu beseitigen; im Gegenteil zeigten dieselben mehr Lymphozyten und Bazillen (und damit gröfsere Malignität) gegenüber denen bei nicht geimpften Tieren, welche mehr epitheloide und Riesenzellen enthielten. Als Heilungsvorgänge zu deutende Veränderungen (Verfettung, Vernarbung etc.) fanden sich ebenfalls nicht. Intraperitoneal geimpfte Meerschweine liefsen ebenfalls nach erfolgter Behandlung eine stärkere Bauchfelltuberkulose erkennen. Der kurative Erfolg war somit ziemlich gleich Null, was nicht überraschen kann, da es ja nur die oberflächlich gelegenen Tuberkel durch eliminierende Entzündung abstofsen kann.

Vergleicht man diese Erfahrungen mit den an Menschen gemachten, so ergiebt sich vollkommene Übereinstimmung. Wenn auch die gelegentlich beobachteten rapiden Verschlimmerungen während der Behandlung spontan vorkommen können, so ist doch die Eventualität einer beschleunigten Metastasierung immer im Auge zu behalten und somit Vorsicht bei Anwendung des Mittels am Platze.

F. Hahn-Bremen.

Neue Untersuchungen über die kombinierte Wirkung des Kochschen Bazillus und der Eitererreger im Verlaufe des Lupus vulgaris, von Leloir und Tavernier (*Journ. des mal. cutan. et syphilitiques.* Okt. 1891). Die vorliegende Publikation bringt zu der in der *„Médecine moderne“* vom Nov. 1890 (referiert in den Monatsheften, Bd. XIII. No. 8) gemachten Mitteilung Leloirs nichts neues. Es wird darin wiederholt, dafs die Formen des ulzerösen Lupus, im Gegensatze zum trockenen (non exedens) durch Eitererreger (staphylococcus pyogenes aureus) erzeugt werden und dafs letztere nicht etwa als Antagonisten des Tuberkelbazillus (microbes gendarmes) wirken, sondern vielmehr durch antiseptische Therapie bekämpft werden müssen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Syphilis.

Wirkungsmechanismus der Kalomelinjektionen, von Dr. Pasquale de Michele (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle,* fasc. I. 1892). Nach einem geschichtlichen Überblick über die Entwickelung der Luestherapie mittelst subkutaner Quecksilberinjektionen von deren Begründer Scarenzio an (1864) bis zur Gegenwart, stellt Verfasser folgende Fragen auf:

1. Welches ist die Natur der lokalen Gewebsveränderungen nach hypodermatischen resp. intramuskulären Kalomelinjektionen?
2. Auf welche Ursachen sind diese Veränderungen zurückzuführen und welches sind die Ausgänge?
3. In welchem Zeitraume geschieht die Umwandlung des injizierten Kalomels in lösliche Verbindungen?
4. Welchen Einflufs üben die gleichzeitig dargereichten Jodpräparate aus?

Zur Beantwortung dieser Fragen führte de M. elf Experimente an Kaninchen und Meerschweinchen aus, denen er unter Anwendung aller antiseptischen Kautelen Kalomel injizierte in Dosen von 1—5 mg, suspendiert in Glycerin, Gummi, Vaselinöl. Er gelangte dabei zu folgenden Resultaten: Die histologische Struktur der knotigen Indurationen an der Punktionsstelle weist auf eine subakut verlaufende, in Vernarbung übergehende, organisierende Entzündung hin. Diese ist offenbar zurückzuführen auf den Reiz, den die injizierten Produkte in ihren chronischen Umwandlungen auf die Gewebe ausüben und nicht etwa auf die Anwesenheit von Mikroorganismen, da solche niemals nachgewiesen werden konnten. Eine dem Menschen injizierte Dosis Kalomel von 20 cg braucht 15—20 Tage zu ihrer Transformation in lösliche Albuminate. Letztere wird in bedeutendem Grade begünstigt durch gleichzeitige Darreichung von Jodpräparaten. Zwei bis höchstens drei Injektionen genügen für eine Kur.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Kalomel-Einreibungen bei Syphilis, von Rinaldo Bovero (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle,* fasc. I. 1892). Nach einer einleitenden Übersicht der verschiedenen Ansichten über Resorption und Wirkungsweise des Quecksilbers im Körper teilt uns Verfasser die Resultate seiner Kalomel-Schmierkuren mit, die er an mehr wie 180 Syphilitischen ausführen liefs. Die hierzu verwendete Salbe bestand aus:

Calomel. vap. par.	0,5—1,0
Lanolin.	3,0
Butyr. Cacao	1,0.

Die Einreibungen geschehen in gleicher Weise wie mit grauer Salbe und dauern jeweilen 20—25 Minuten. Die Zeiträume zwischen den einzelnen Friktionen, die jedesmal an einer anderen Körperstelle vorzunehmen sind, betragen 5—8 Tage. Zu einer Kur gehören 5—7 derselben; folgt eine Pause von zwei oder mehr Wochen; darauf Jodkalium innerlich zu 0,5—1,5 pro die; wieder eine Pause und nochmals eine Inunktionsperiode, so dafs die ganze Kur 5—6 Monate dauert.

B. hat bis jetzt nur ein Rezidiv beobachtet. Stomatitis kam in fünf Fällen vor und zwar bei Patienten mit defektem Gebisse oder bei starken Rauchern und Alkoholikern. Anämische und heruntergekommene Individuen wurden nicht gleich der Kur unterworfen, sondern erst mit Roborantien behandelt. Das öftere Auftreten von Schleimhautaffektionen, speziell der Mundhöhle führt B. auf den Umstand zurück, dafs die Mucosa in doppelter Weise schädlich beeinflufst wird, einmal durch den durch die Grundkrankheit gebildeten Reizzustand, dann durch das im Organismns zirkulierende Quecksilber.

Als Vorzüge der Methode werden gerühmt: Sauberkeit (im Gegensatze zu den Inunktionen mit grauer Salbe); Seltenheit des Auftretens von Stomatitis; Ausbleiben der lästigen lokalen Irritationszustände (Ekzeme und Erytheme); die in anderer Beziehung so vorteilhaften intramuskulären Injektionen haben der besprochenen Methode gegenüber den Nachteil, dafs oft trotz aller Vorsichtsmafsregeln schmerzhafte Indurationen und Abszesse auftreten; die Nachteile der internen Quecksilbermedikationen sind bekannt. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Beitrag zur Syphilistherapie mittelst der intramuskulären Injektionen des gelben Quecksilberoxyd-Hydrats und des Kalomels in Vaselinöl; Vorzüge und Nachteile, von Ors. Manganotti (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle,* fasc. I. 1892). Verfasser bedient sich zu seinen Injektionen einer 10% Suspension des Quecksilbersalzes in Vaselinöl. Der Punkt, wo dieselben vorgenommen werden, befindet sich zwischen den zwei hinteren und dem vorderen Drittel einer vom obersten Ende des Sulcus sacro-coccigeus in horizontaler Richtung nach dem Trochanter major sich hinziehenden Linie. Die Zahl der Injektionen beträgt für eine Kur sechs und werden dieselben abwechselnd am linken und rechten Beine gemacht. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Einspritzungen betragen 10—14 Tage. Nach jeder Injektion läfst M. den Patienten während zwei bis drei Tagen möglichst absolute Ruhe beobachten, in welchem Falle er niemals Abszesse gesehen hat, wohl aber, wenn diese Anordnung nicht befolgt wurde. Andererseits aber traten in selteneren Fällen heftige neuralgische Schmerzen längs des Ischiadicus auf, die jedoch bei geeigneter Therapie rasch schwanden. Stomatitis sah er in über 70 Fällen nur viermal. Zur Vermeidung derselben läfst er gurgeln mit: Alaun, Kalium chloricum und Borax āā 10, in 1000 Inf. salviae und zwar während der ganzen Zeit der Kur, je zwei bis drei Wochen über dieselbe hinaus. Neben skrupulöser Antisepsis werden als weitere Vorsichtsmafsregeln bei Vornahme der Injektionen empfohlen: Sorge für Schärfe der Nadelspitze und Glätte der Kanüle, welche durch Reiben mit feinstem Glaspapier erhalten wird.

Seine Resultate resümiert M. in folgenden Sätzen:

1. Die Kur mittelst der intramuskulären Injektionen mit dem gelben HgO-Hydrat ist von allen die schnellste, sicherste und bequemste.

2. Bei Beobachtung aller angeführten Vorsichtsmaſsregeln lassen sich sämtliche bekannten Nachteile der Hg-Behandlung vermeiden.

3. Bildet sich trotzdem an der Punktionsstelle ein Abszeſs, so ist derselbe ohne alle Bedeutung und leicht zu behandeln.

4. Die Injektionen geben Anlaſs zu einer kleinzelligen Infiltration, die durch nachfolgende an Umfang gewinnt. Durch leichtes Verschieben der Punktionsstelle läſst sich letzteres vermeiden.

5. Die Heilung ist eine radikale; eine auf die Hg-Kur notwendig folgende Jod-Medikation tilgt die letzten Manifestationen der Syphilis.

6. Die Fälle von Lues, die allen anderen Kuren getrotzt haben, weichen der besprochenen. *C. Müller-Freiburg* (*Schweiz*).

Zur klinischen Verwendung einiger schon im Gebrauch stehender, sowie zweier noch nicht benutzter schwer löslicher Quecksilber-Injektionspräparate, von Karl Ullmann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 6 ff.) Verfasser stellt sich die Aufgabe, folgende unlösliche Quecksilberpräparate: Calomel, Hydrarg. oxyd. flav. und rubrum, Hg. oxydul. nigr., Hg. salicyl. basic., Hg. thymolaceticum, Hg. diphenylicum, Hg. benzoic. oxyd., Hg. resorcino-aceticum, Hg. tribromphenol-acet. in eine gleichmäſsig dispensierbare Suspension zu bringen, und zwar so, daſs in der Volumseinheit immer annähernd die gleiche Menge Hg vorhanden ist. Als Typus dient ol. ciner. (Hg, Lanolin und Öl). Den Pflanzenölen ist Paraff. liquid. gleichwertig. Alle Menstrua haben den Nachteil, erheblich leichter zu sein als Hg, weshalb dieses schnell zu Boden sinkt, was Verfasser durch Wiegen genau feststellte; das bedingt natürlich eine erhebliche Verschiedenheit und Unsicherheit in der Dosierung. Sehr günstig stellen sich die Verhältnisse für das 30% Ol. ciner., welches enthält:

Hydrarg. ciner. depurat.	3,0
Lanolin. anhydricum	3,0
Paraff. liquid.	4,0

Die anderen Präparate sollen nun wie das Ol. ciner. in jedem Kubikzentimeter 0,39 Hg enthalten, bei Zimmertemperatur haltbar sein und in allen Schichten gleichmäſsig verteilt bleiben. Die Injektionsfähigkeit soll bei den in Zimmertemperatur steifen Präparaten möglichst bei denselben Temperaturen beginnen, wie beim Ol. cinereum (20°).

Folgende Formeln erwiesen sich als zweckentsprechend:

Calomel		*Hydrarg. oxyd. flav.* (*oder rubrum*)	4,0		
Paraffin. liquid.	āā 4,5	*Paraffin. liquid.*	4,5		
Lanolin.	4,0	*Lanolin. anhydric.*	3,5		
Hydrarg. oxyd. nigr.	4,7	*Hydrarg. salicyl.*	7,0	*Hydrarg. diphenyl.*	7,0
Paraffin. liquid.	6,2	*Paraffin. liquid.*	4,0	*Paraffin. liquid.*	4,0
Lanolin. anhydric.	3,0	*Lanolin. anhydric.*	2,0	*Lanolin. anhydric.*	2,0
Hydrarg. thymolo-acet.	7,0	*Hydrarg. resorcino-acet.*	5,6		
Paraffin. liquid.	5,0	*Paraffin. liquid.*	5,5		
Lanolin. anhydric.	2,5	*Lanolin. anhydric.*	2,0		
Hydrarg. benzoic. oxyd.	4,5	*Hydrarg. tribromph.*	6,5		
Paraffin. liquid.	40,0	*Paraffin. liquid.*	18,0		

Für die Verwendung gilt vor allem: Die Präparate müssen frisch und von grobkörnigen Pulverteilen frei sein; dicke, scharfe Stechkanüle; nach dem Gebrauch sofortige Reinigung der Spritze mit Sodalösung und aufbewahren am besten nach Neisser in mit Paraffin. liquid. gefüllter Glasschale; erwärmen in heissem Wasser oder über Spiritus; kalt stellen; vor Licht schützen; wöchentlich eine Injektion von 0,1 (bei den reinen Paraffinpräparaten 0,5); Albuminurie zu beachten. — Die Resultate des Autors sind aus beifolgender Tabelle ersichtlich:

Tabelle[1]

enthaltend die Verhältnisse der lokalen Reaktion, mittlere Behandlunglungsdauer und toxischen Wirkung der einzelnen Quecksilberpräparate.

Präparat	Verhältnis der Intensität der Lokalwirkung der einzelnen Präparate zu der des Ol. cin.	Behandelte Personen		Mittlere Behand-lungsdauer d. geheilten Fälle	Intoxikations-erscheinungen
		Geheilt	Gebess.		
Calomel	Weitaus die beträchtlichste Reaktion; keine Abszesse; keine Hautrötung	8	—	17,7 Tage	8 mal unter 16 Individuen
Hg. oxyd. flavum	Reaktion stärker als nach Ol. ciner., geringer als nach Calomel	7	1	18,5 „	6 mal unter 17 Individuen
Hg. oxyd. rubrum	Dasselbe wie beim vorigen.	4	—	22,0 „	0 mal unter 6 Individuen
Hg. oxyd. nigr.	Viel milder als die beiden vorigen, aber gröfsere und schmerzhaftere Infiltrate als beim Ol. ciner.	4	—	19,5 „	0 mal unter 7 Individuen
Hg. tribromophenol. (Merck)	Eher etwas geringere Infiltrate als beim vorigen	5	1	19,0 „	0 mal unter 8 Individuen
Hg. benzoic. oxyd.	Infiltrate etwas kleiner; Schmerzhaftigkeit mindestens ebensogrofs; Reaktion stärker als beim Ol. ciner.	4	—	27,0 „	1 mal unter 7 Individuen
Hg. diphenyl. (Merck)	Infiltratbildung wie beim vorigen; Schmerzhaftigkeit geringer	5	—	22,0 „	2 mal unter 9 Individuen
Hg. thymol. acet. (Merck)	Nähert sich sehr dem grauen Öl	9	—	26,7 „	1 mal unter 13 Individuen
Hg. resorcino-acetic. (Merck)	Dem vorigen und dem grauen Öl gleichend	5	1	20,0 „	0 mal unter 10 Individuen
Hg. salicyl. basic. (Heyden)	Geringere Reaktion als beim grauen Öl	11	1	32,7 „	1 mal unter 16 Individuen

[1] Die Anzahl der mit gemischten Parallelinjektionen behandelten Patienten habe ich in der Tabelle weggelassen.

Zur genaueren Information mufs auf den sehr ausführlichen Originalartikel verwiesen werden. Eine gewisse Reserve wird aber bei der Beurteilung der Ergebnisse nötig sein, da manche Mittel nur bei sehr wenigen Patienten geprüft sind. Die Zahlen über mittlere Behandlungsdauer sind wohl kaum als mafsgebend zu bezeichnen; dieselbe ist schon bei grofsem Material schwer festzustellen, geschweige denn bei kleinem. Verfasser legt auch selbst kein grofses Gewicht auf dieselben.

Jessner-Königsberg.

Syphiloderma gummosum penis, von G. Mazza. (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle*, fasc. I, 1892.) Das Motiv zur Publikation dieses übrigens nicht Aufsergewöhnliches und besonders Interessantes bietenden Falles scheint in der Absicht gelegen, an der Hand einer einläfslichen klinischen und pathologisch-anatomischen Beschreibung (mit Angabe des bakteriologischen und mikroskopischen Befundes) darzulegen, dafs es sich wirklich um eine syphilitische Affektion und nicht etwa um gewöhnliche, nicht spezifische Ulzeration, um eine Harninfiltration, eine Tuberkulose oder Lepra gehandelt habe. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über die Wirkung des Lammblut-Serums bei Syphilis, von P. Tommasoli. (*Gazz. degli ospitali*, No. 28, 1892.) Im Anschlusse an seine in der *Gazz. med. delle Marche* (I. Jahrgang No. 1.) publizierten Ansicht über „Immunität gegen Lepra und Syphilis“ teilt uns Verfasser die Resultate seiner Experimente mit Blutserum vom Lamme, d. h. einem für Syphilisvirus unempfänglichen Tiere mit, die er an 6 sekundär-syphilitischen Patienten ausgeführt hat. Das Serum wurde durch Abscheidenlassen aus Blut (durch 24 Stunden auf Eis) gewonnen, sterilisiert und zu 2—8 ccm mittelst Tursinis Spritze in die Tiefe der Nates injiziert. Die Gesamtzahl der Injektionen betrug 64 und wurden zuweilen noch 2—3 solcher vorgenommen, nachdem bereits alle Krankheitserscheinungen gewichen waren.

Abgesehen nun von einigen lokalen (schmerzhafte Indurationen, erysipeloide Erytheme etc.) und allgemeinen (febrile Bewegungen, Unwohlsein von kurzer Dauer) Reaktionen hat T. bei keiner anderen Therapie sämtliche Symptome der syphilitischen Erkrankung so rasch schwinden gesehen, wie bei Anwendung der gegenannten Injektionen.

Weitere Experimente werden nun zeigen, ob dieser Erfolg ein konstanter und dauernder ist, und ob damit eine Immunität auch des nicht infizierten Menschen erzielt werden kann. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über einige durch Syphilis hervorgerufene Veränderungen des Nervensystems und über die Pathogenese der Tabes, von G. Marinesco. (*Wiener med. Wochenschr.*, 1891, 51.). Verfasser hat vier Fälle von Syphilis des Nervensystems genau anatomisch untersucht und zieht aus denselben folgende Schlüsse: Aufser den Heubnerschen Gefäfserkrankungen bei Syphilis giebt es noch eine hyaline Verdickung der Gefäfswände mit Obliteration des Lumens auf syphilitischer Basis. Die Veränderungen der Nerven sind sekundäre — nach Gefäfserkrankungen — oder primäre — durch das virus syphiliticum; letztere betreffen nur die Gollschen Stränge. Diese degenerative Form der Tabes syphilitica bietet keine spezifische Besonderheiten, die für den syphilitischen Ursprung gerade charakteristisch wären. — Es ist wahrscheinlich, dafs die Degeneration der Nervenfasern von primären Affektionen zentraler Ganglien herrührt. — Neben der Degeneration giebt es eine hyperplastische Tabes auf syphilitischer Basis (Pseudotabes, Myélite syphilitique des cordons postérieurs), die heilbar ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse, von Obersteiner. (*Internat. klin. Rundschau*, 1892, No. 4.) Die Statistik von O. lehrt, dafs 33,7 % der

Paralytiker von Syphilis vorher heimgesucht war, während bei anderen Geisteskrankheiten nur in 3,4% die Syphilis eruiert werden konnte. Die Beziehung der Syphilis zur Dementia paralytica scheint auch eine direkte zu sein, was besonders aus der Zeit des Auftretens hervorgehe, da die Syphilis meistens 6—7 Jahre vorhergegangen war, was der Zeit der Spätformen entspricht. Der der Dementia paralytica zu Grunde liegende sklerotische Prozeſs dürfte anatomisch den durch die Syphilis in anderen Organen bewirkten diffusen sklerotischen Veränderungen gleichzustellen sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ulcus cruris und Syphilis, von Fr. Mraček. (*Intern. klin. Wochenschr.*, 1891, No. 1 u. ff.) Unter 250 Fällen von Ulcus cruris fand M. 18 syphilitische (15 weibliche und 3 männliche) ohne weitere syphilitische Erscheinungen; darunter saſsen 16 am Unterschenkel an der hinteren und inneren Seite. — Sie stellen meist multiple, isoliert stehende Infiltrate und Geschwüre dar, die durch Konfluenz zu groſsen Substanzverlusten führen können, die oft halbkreisförmig erscheinen; ausgesprochen nierenförmig oder serpiginös sind sie seltener. Die Umgebung ist bläulich, ins kupferrote spielend, geschwollen; der Rand infiltriert, steil abfallend, sehr schmerzhaft. Der Grund ist vertieft, mit nekrotischen Gewebsresten bedeckt; Sekretion gering, dünnflüssig, mitunter hämorrhagisch oder jauchig; Verlauf langwierig; antisyphilitische Behandlung von eklatantem Erfolg. Durch örtliche reizende Behandlung, stärkere Ätzmittel wird der Zerfall nur beschleunigt, die Umgebung gereizt und ekzematös, das Krankheitsbild verwischt. Pachydermie und Elephantiasis sind häufige Begleiter. Diese Geschwüre stellen lokale Spätformen der Syphilis dar, von deren Vorhandensein die Kranken kaum noch eine Ahnung haben. Therapie: lokal Jodoform, später rote Präzipitatsalbe und Emplastrum hydrargyri, intern Jodkalium, bei gestörter Verdauung Jodeisen, Quecksilber. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der syphilitische Tripper, von Jos. Grünfeld. (*Intern. klin. Rundschau*, 1891, 52.) Unter „syphilitischer Tripper" versteht Gr. jede mit Sekretion aus der Harnröhre einhergehende Äuſserung einer Syphilis mucosae urethrae. Diese kann bedingt sein durch eine Sklerose in der Urethralschleimhaut oder durch Entzündung derselben beim Sitze einer oder mehrerer Sklerosen an der Glans in der Nähe des Orificium urethrae. Dann hat Gr. auch endoskopisch-syphilitische Papeln in der Urethra und endlich auch gummöse Veränderungen beobachtet. — (Ob es praktisch ist, obige Bezeichnung für die genannten Erscheinungen beizubehalten, ist wohl fraglich. Es ist wohl klarer, den Ausdruck „Tripper" nur für die auf Gonokokkeninvasion bedingte Erkrankung zu reservieren. In oben genannten Fällen wäre es wohl besser, einfach von einer Syphilis „Syphilis mucosae urethrae" oder von einem „syphilitischen Pseudo-Tripper" zu sprechen. Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Magensyphilis, von H. Chiari. (*Virchow-Festschrift*, Bd. II.) Die bisher mitgeteilten Fälle von Syphilis des Magens halten meist einer genauen Kritik nicht stand, weder die klinisch beobachteten, noch die anatomisch beschriebenen. Verfasser sammelte das Material des Prager pathologischen Institus von sieben Jahren und fand 145 Fälle von hereditärer, 98 von akquirierter Syphilis. Davon lieſsen zwei die Diagnose auf Magensyphilis anatomisch mit absoluter Sicherheit stellen. Der eine betraf einen 3 Wochen alten, hereditär syphilitischen Knaben, der auſser anderen syphilitischen Veränderungen im Magen leicht injizierte Schleimhaut zeigte; dieselbe war an einzelnen Stellen glatt, glänzend, polsterartig protuberierend, härtlich anzufühlen. Diese Stellen erwiesen sich beim Einschneiden als plattenförmige Verdickung der gesamten Magenwand, sie waren teilweise in der Mitte dellenartig angedaut. Das gummöse Infiltrat nahm hauptsächlich die Submukosa ein und bestand aus einem

an grofsen „epitheloiden“ Zellen reichen Granulationsgewebe, welches am dichtesten in konzentrischen Lagen um die Blutgefäfse angeordnet war. Der andere Fall von Magensyphilis fand sich bei einem 23jährigen Manne, der vor 2 Jahren Syphilis akquiriert hatte und an Tuberkulose gestorben war. Er hatte an Erbrechen und Magenschmerzen gelitten. In Lunge und Darm fanden sich tuberkulöse und syphilitische Produkte, gut zu unterscheiden, nebeneinander. In Leber und Niere waren ebenfalls Gummata vorhanden. Der Magen zeigte aufser verschiedenen kleineren gummösen Verdickungen ein durch Andauung entstandenes, etwa 10 cm im Durchmesser haltendes Geschwür, dessen Ränder allerseits von einer etwa 1 cm breiten derben Infiltrationsmasse durchsetzt waren, die makroskopisch und mikroskopisch als Gumma imponierte, ebensowie die ähnlichen Infiltrate im Magen und Darm. Verfasser fand ferner bei einem $^1/_2$ Stunde post partum gestorbenen syphilitischen Knaben die Magenschleimhaut hyperämisch und leukozytär infiltriert. Das war aber auch alles, was er an direkten luetischen Erkrankungen des Magens nachweisen konnte. Sehr häufig dagegen fanden sich indirekte Erkrankungen des Magens, Zirkulationsstörungen, hervorgerufen namentlich durch Erkrankung der Leber, oder Blutungen als Teilerscheinung einer Syphilis haemorrhagica. Die gummösen Herde im Magen können zerfallen resp. angedaut werden, und so kann es zur Bildung von syphilitisch-peptischen Ulzerationen kommen, die dann eventuell unter Narbenbildung heilen können.

F. Hahn-Bremen.

Über extragenitale syphilitische Initialaffekte, von J. NEUMANN. (*Internat. klin. Rundsch.* 1892. No. 15.) N. beobachtete im letzten Dezennium folgende extragenitale Sklerosen:

	Männer	Weiber
An der Oberlippe	6	12
„ „ Unterlippe	9	19
Am Mundwinkel	6	12
An der Wange	1	1
Am Kinn	4	1
An der hintern Pharynxwand und dem linken Gaumenbogen	1	—
„ den Tonsillen	—	2
Am Nasenflügel	2	1
„ Augenlid	2	1
An Finger und Hand	6	5
„ der Brustwarze	—	4
Am Nabel	—	1
„ After	—	3
	37	62
Zusammen	99.	

Kufs, Bifs, Saugen, gemeinschaftlicher Gebrauch von Efsbestecks, Rasieren etc., waren die häufigste Veranlassung. Der Verlauf der Syphilis unterscheidet sich in keiner Weise von der genital erworbenen. — Verfasser betont an der Hand seiner und der in der Litteratur niedergelegten, besonders französischen und russischen, Beobachtungen die Häufigkeit extragenitaler Infektion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Vererbung der Syphilis, von J. NEUMANN. (Vortrag in der Gesellschaft der Ärzte in Wien, 8. Jan. 1892.) Der Vortragende erklärt die Syphilis als hereditär und postkonzeptionell übertragbar; der choc en retour ist selten und nur bei tertiären Formen, die Mutter bleibt gesund, aber immun gegen das Virus syphiliticum. Bei Infektion der Mutter im 9. Monate der Gravidität bleibt das Kind gesund. Die Vererbung

seitens des Vaters ist häufiger, seitens der Mutter intensiver; sie findet besonders im sekundären Stadium statt; mit der Zeit erlischt die Vererbungsfähigkeit, jedoch giebt es Ausnahmen. Der Übergang von Grofseltern auf Enkelkinder ist durch nichts erwiesen. — Der Autor hält also, was hervorgehoben zu werden verdient, die Mütter syphilitischer Kinder für immun, nicht für syphilitisch entsprechend den Unterscheidungen von FINGER. — Durch statistische Angaben aus seiner Praxis erläutert N. die obigen Sätze und zeigt die so ungeheuer deletäre Wirkung der Syphilis auf die Nachkommen. Für die

Infektion vor der Konzeption	Mortalität 65 %,	Schädlichkeit 70 %
Gleichzeitige Konzeption und Infektion	„ 75 %,	„ 91 %
Postkonzeptionelle Syphilis	„ 39,8 %,	„ 72 %

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Frage der hereditären Infektion, von DOHRN. (Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr., den 4. April 1892.) D. tritt vom Standpunkt des Gynäkologen, der durch die Beobachtung der Neugeborenen und der Aborteier zur Entscheidung der Frage über die Durchlässigkeit der Placenta für das Virus lueticum besonders kompetent sei, für das KASSOWITZsche Gesetz ein. Der Bau der Placenta, die Trennung der Blutflüssigkeiten von Mutter und Kind durch die fötale Gefäfswand, das die Gefäfse umgebende Bindegewebe, die Epithellage der Zotten und stellenweise die mütterliche Gefäfswand machen die Übertragung korpuskulärer Elemente im höchsten Mafse unwahrscheinlich; die experimentellen Ergebnisse seien durchaus nicht eindeutig. Die Untersuchung der Placenta in 5 Fällen, die Herr Dr. ROSINSKI ausgeführt habe, ergebe eine strenge Abgrenzung der syphilitischen Veränderungen der Placenta foetalis bei Syphilis der Frucht und umgekehrt. FOURNIER nehme in seinem Werke die Durchlässigkeit als feststehend an, ohne diese Annahme durch Beweise zu stützen. Die Immunität der Mütter syphilitischer Früchte sei besser als durch die Annahme des Übertrittes des Virus oder seiner Stoffwechselprodukte dadurch zu erklären, dafs sie bei der Konzeption auch infiziert, der Primäraffekt aber übersehen worden sei; dieses sei besonders bei Sitz desselben an der hinteren Wand der Portio, im Cervix oder gar im Uterus verständlich.

In der Diskussion betont CASPARY wiederum den entgegengesetzten Standpunkt der meisten Syphilidologen, dessen Urteil sich ja auf längere Beobachtung von Mutter und Kind gründe, als dasjenige des Gynäkologen, der dieselben nur 10 bis 14 Tage sehe. Die positiven, zweifellosen Beobachtungen von Fällen, in denen das Kind einer mit aller Bestimmtheit erst während der Gravidität infizierten Mutter syphilitisch war, beweisen die Durchlässigkeit der Placenta mit vollster Sicherheit.

JESSNER bemerkt, dafs, wenn man die theoretische Begründung der Durchlässigkeit der Placenta für korpuskuläre Infektionsstoffe in Erwägung ziehe, nach den Untersuchungen von MAX WOLFF die normale Placenta für Bakterien nicht durchlässig sei; bei positiven Ergebnissen von experimentell erzeugter intrauteriner Infektion mit Milzbrand, Staphylococcus etc. finde man stets pathologische Veränderungen in der Placenta, wie Hämorrhagien, nekrotische Herde etc. Es werde sich also darum handeln, festzustellen, ob derartige Veränderungen in der Placenta bei Syphilis der Mutter oder des Kindes regelmäfsig oder häufig vorkämen. DOHRN glaubt letzteres verneinen zu müssen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

---

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Nürnberg.

12.—16. September 1892.

Dermato-syphilidologische Sektion.

(Vorläufiges Programm.)

A. Aufgestellte Themata:

1. Die visceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Syphilis.
   Referent: Oberarzt Dr. Engel-Reimers und Dr. Alfred Saenger (Hamburg).
2. Neuere Beobachtungen über Hirnsyphilis.
   Referent: Docent Dr. E. Kreis (Zürich).
3. Syphilis der oberen Luftwege.
   Referent: Docent Dr. Seifert (Würzburg) und Prof. Jurasz (Heidelberg).
4. Die blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der Haut in Hinsicht auf ihre Verwechselung mit syphilitischen Affektionen.
   Referent: Prof. H. Köbner (Berlin).
5. Ist die öffentliche oder die geheime Prostitution die Hauptquelle für die Verbreitung der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten?
   Referent: Dr. Engel-Reimers (Hamburg) und Docent Dr. Kopp (München).

B. Angemeldete Vorträge:

1. Dr. A. Staub (Posen): Über Mycosis fungoides.
2. Derselbe: Über masernähnliche Arzneiexantheme.
3. Oberarzt Dr. W. Beckh (Nürnberg): Demonstration eines Falles von Trophoneurosis gangraenosa bullosa.
4. Docent Dr. Kollmann (Leipzig): Die neueste instrumentelle Technik in der Gonorrhoebehandlung des Mannes mit Demonstrationen.
5. Docent Dr. Kopp (München): Über den Wert des Europhens in der venerologischen Praxis.
6. Dr. Berliner (Aachen): Über einen Fall von Alopecia areata maligna.
7. Dr. Neebe (Hamburg): Die bisher bekannten Favusarten mit Demonstrationen.
8. Dr. Epstein (Nürnberg): Über die Verbreitung des Lupus.
9. Oberarzt Dr. Eichhoff (Elberfeld): Thema vorbehalten.
10. Dr. Unna (Hamburg): Thema vorbehalten.
11. Professor Schweninger (Berlin): Kasuistische und therapeutische Mitteilungen.

Weitere Anmeldungen oder Wünsche erbitten wir an einen von uns.

Prof. H. Köbner, Berlin W., 3 Magdeburger Strafse, für den Ausschufs der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte.

Dr. W. Beckh, Einführer, Nürnberg, Maxplatz 28.

Dr. E. Epstein, Schriftführer, Nürnberg, Adlerstr. 34.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. №. 3. 1. August 1892.

Zur Frage der als Dysidrosis, Cheiropompholyx und Pompholyx beschriebenen Hauterkrankung.

Von

Dr. A. SANTI in Bern,
Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie.

Während meines Aufenthaltes in der UNNAschen Klinik in Hamburg im Jahre 1889 bot sich mir der Anlaſs, auf eine gewisse Erkrankungsart der Haut besonders aufmerksam zu werden. Veranlassung hierzu gab zunächst ein 10jähriger Knabe, der akut und ohne irgendwelche Prodromalerscheinungen am 6. Juli 1889 an beiden Händen erkrankte. Die Affektion bestand in stecknadelkopf- bis erbsengroſsen Erhabenheiten, die keine Rötung und keine Änderung der Hautfärbung zeigten. Befallen waren die beiden Handrücken, insbesondere aber die Seitenflächen der Finger. Subjektive Erscheinungen bestanden so zu sagen keine, Patient empfand von Anfang an keine Beschwerden, kein Jucken, kein Brennen. Die Eruption erfolgte über Nacht, und andern Tags wurde Patient auf das ungewöhnliche Aussehen seiner Hände erst durch zufälliges Betasten aufmerksam. In der darauffolgenden Nacht erkrankte in ganz ähnlicher Weise das Gesicht und der vordere Halsteil. Auch hier empfand Patient keinerlei Beschwerden, und wurde das Leiden zuerst durch seine Angehörigen beobachtet, was auch dazu Veranlassung gab, ärztliche Hülfe einzuholen.

Ich bekam den Jungen am vierten Tage nach der ersten Eruption zu Gesicht. Beide Dorsalflächen der Hände, die Stirne, die Wangen, die Zone über der Nasenmitte, die Unterkiefergegend, der vordere Teil der Ohren, der ganze vordere Halsteil, und hier hauptsächlich die Fläche über den beiden Sternocleido-mastoidei zeigten sich mit kleinen rundlichen, bald auch ovalen, bis circa erbsengroſsen Erhabenheiten besät. Der erste Anblick machte eher den Eindruck von Knötchen. Erst beim näheren Zusehen und bei der näheren Untersuchung konnte man sich überzeugen, daſs in der Tiefe dieser Gebilde freie Flüssigkeit vorhanden war, daſs es sich also um Bläschen und nicht um Knötchen handelte.

Die ganze Affektion war, um dies hier vorweg zu nehmen, am zehnten

Tage nach der ersten Eruption verschwunden. Dabei gingen die Bläschen nicht auf und es blieb eine nur ganz leichte Schuppung zurück. Es ist hier zu bemerken, daſs der junge Bursche sehr grazil gebaut und schlecht ernährt war. Auch zeigte er auffallend defekte Zähne. Er machte einen sehr intelligenten Eindruck, verriet aber eine für sein Alter ganz ungewöhnliche Nervosität. Unter anderem klagte er selber darüber, seit längerer Zeit nur mit Mühe abends einschlafen zu können. Er war im übrigen gesund und eine hereditäre Belastung war bei ihm nicht nachweisbar.

Herr Dr. UNNA war so freundlich mir diesen Patienten zur näheren Beobachtung und Untersuchung zu überlassen. Ich exzidierte durch einen tiefen Schnitt aus dem Dorsum der einen Hand zwei nebeneinander stehende Bläschen zur mikroskopischen Untersuchung.

Histologischer Befund (Härtung in Weingeist, Pikrokarminfärbung und Czokor):

Jüngste Blase: Höhle in der Epithelialleiste, an der oberen Grenze der Stachelschicht, knapp unterhalb des Stratum granulosum, dessen unterste Zellenlage ihre Decke bildet. Interepitheliale Saftspalten der unmittelbaren Nachbarschaft zum Teil erweitert, in denselben einzelne Wanderzellen. Die Zellen an der Grenze des benachbarten, unveränderten Schweiſsdrüsenganges flach gedrückt, ganz besonders die innerste, der Höhle zu liegende Schicht. Inhalt des Bläschens: Wanderzellen und Kerne der Epithelien. Der entsprechende Epithelzapfen ist in seinem untersten Teile stark von Wanderzellen durchsetzt. Die benachbarten Papillen sind mit Wanderzellen infiltriert, welche sich in ziemlich dichter Anordnung den erweiterten Gefäſsen entlang bis ins Stratum vasculare subpapillare hinziehen. Die Untersuchung des gröſseren Bläschens lehrt, daſs dasselbe sich in folgender Weise vergröſsert hat: Zwischen den benachbarten, flachgedrückten Epithelien, welche zu Seiten des gröſseren Bläschens etwa 7—8 Reihen bilden, wird das interepitheliale Ödem immer mehr accentuiert und dadurch die Lagen derselben allmählich immer mehr voneinander entfernt. Während nun einzelne dieser Zellen als dünne, spindelförmige oder sternförmige Stützbalken das Bläschen durchziehen, quellen andere, in den Maschenräumen dieser Balken liegende Epithelien auf. In den flachen, dünnen Balken färbt sich der Kern ganz gut. Das Zellenprotoplasma der gequollenen Zellen bildet eine kaum färbbare (Karmin), fein granulierte Substanz, welche in ihrer Mitte den blassen Kern enthält. Zwischen den benachbarten gequollenen Zellen wird endlich die Zellgrenze ganz undeutlich. Wir sehen nun eine feingranulierte, Epithelkerne und Wanderzellen enthaltende Substanz die Maschenräume vollkommen ausfüllen. Geht der Kolliquationsprozeſs noch weiter, dann reiſsen stellenweise die beschriebenen Epithelbalken.

welche zusammenschnurren, während die granulierte Substanz zerfließt. Des weiteren greift der Prozeß auf das Stratum granulosum über, zwischen dessen Zellen ziemlich weite Lücken erscheinen, welche mit Wanderzellen erfüllt sind. Der benachbarte Schweißdrüsengang ist unverändert. Die Bläschenbildung ist immer der Epithelleiste entsprechend, in welcher dieselbe von oben nach abwärts steigt, die Epithelleiste verbreiternd und ihre Epithellage immer mehr in sein Bereich ziehend. Im weiteren Verlaufe des Prozesses konfluieren auch die Höhlen des Stratum granulosum mit der Blase, welche nun nur von der Hornschicht bedeckt ist.

Ähnliche Hautaffektionen sind schon beschrieben worden, und wir glauben im zitierten Falle diejenige Erkrankung der Haut konstatieren zu können, welche in der medizinischen Litteratur unter dem Namen: Dysidrosis, Cheiropompholyx und Pompholyx figuriert, von anderen Autoren dagegen als akutes vesikulöses Ekzem angesehen wird.

Der erste Autor, der dieser Erkrankung eine Sonderstellung einräumte, war Tilbury Fox im Jahre 1873.[1]

T. Fox beschreibt die fragliche Affektion unter dem Namen Dysidrosis und sagt hierüber im wesentlichen folgendes:

Diese Erkrankung charakterisiert sich in der Hauptsache durch Schweißretention in den Schweißdrüsen resp. deren Ausführungsgängen, durch Ausdehnung derselben zu Blasen, durch Mazeration der Epidermis und durch Dermatitis höheren oder geringeren Grades. Dieselbe zeigt zu den Knäueldrüsen das nämliche Verhältnis, wie die Akne zu den Talgdrüsen. Diese Erkrankung kommt häufig vor und wird als Ekzema angesehen. Die Eruption variiert sehr in Bezug auf Heftigkeit. In den leichteren Fällen beschränkt sich der Ausschlag auf die Hände und hier besonders auf die Stellen zwischen den Fingern, auf die ganze Fingeroberfläche und auf die Vola manus. — Die Affektion befällt Personen, die gewöhnlich stark schwitzen, meistens zur Sommerzeit, zuweilen aber auch im Winter. Dabei klagen die Patienten über Schwäche und fühlen sich deprimiert. — Die Eruption besteht anfangs aus ganz kleinen Bläschen, welche tief in die Haut eingebettet sind. Dieselben sind zuerst isoliert und platzen nicht leicht. Nach einigen Tagen erscheint die affizierte Stelle gerade so, als ob sich eine Anzahl gekochter Sagokörnchen in die Haut eingenistet hätte. Diese wie Sagokörner aussehenden Punkte sind dadurch entstanden, daß die Schweißdrüsen durch reinen Schweiß ausgedehnt werden, und die Durchsichtigkeit derselben kontrastiert mit dem Aussehen der Follikelwand. Man kann diese kleinen sagoähnlichen Bläschen oft sehr gut an den Fingerspitzen und an den Handtellern beobachten.

[1] Tilbury Fox, *Amerik. Journ. of Dermatology.* 1883. — *Skin Diseases.* III. Ed. 1873, pag. 476 u. folg.

In schlimmeren Fällen ergreift die Affektion die ganze innere Handfläche und die ganze Fingerhaut. Die Eruption ist stets von starkem Jucken und heftigem Brennen begleitet. In dem Maſse als die Krankheit weiter schreitet, dehnen sich die Bläschen noch mehr aus und werden erhaben. Sie sind nicht spitz, sondern länglich rund und werden schlieſslich mattgelb. Sie flieſsen oft zusammen zu einer zusammenhängenden Masse kleiner Bläschen, aus denen sich später gröſsere Blasen bilden können. Dann ist die Hand sehr schmerzhaft und steif. Es giebt Fälle, bei denen auch die Rückenfläche der Hand mit bis zu zollhohen Blasen besetzt ist. Öffnet man ein Bläschen, so tröpfelt eine Flüssigkeit heraus wie klares Serum (vormaliger Schweiſs). Die Flüssigkeit ist zuerst alkalisch, später sauer. Rührt man hingegen die Blasen und Bläschen nicht an, so wird die Flüssigkeit teilweise resorbiert und teilweise wahrscheinlich evaporiert. Darauf schält sich die Hornschicht der Haut ab und hinterläſst eine nicht absondernde, gerötete, entblöſste Kutis. Die Kutis kann dabei, besonders am basalen Teile und an der Innenfläche der Finger, so erscheinen, als ob sie abgebrüht gewesen wäre, und sieht dann wie Gemsleder aus.

In ganz leichten Fällen kommt es jedoch bei dieser Erkrankung nicht zur Blasenbildung. — In leichteren wie in schwereren Fällen wird entweder nur eine Hand oder es werden beide Hände davon betroffen. Verschwindet der Ausschlag gänzlich, so bleibt der Handteller hart und leicht schuppig. Man hat diese Erscheinung fälschlicherweise für Syphilis gehalten — allein es ist dabei keine Infiltration vorhanden und der Handteller erscheint weder verdickt noch krustig. Die Eruption kann selbst mit einem allgemeinen Ausschlag über den ganzen Körper kompliziert werden und dem Lichen tropicus und der Miliaria ähnlich erscheinen. Solches ist alsdann als Hyperämie der Schweiſsdrüſsen aufzufassen. Die Füſse können gleichzeitig an sagoähnlichen Effloreszenzen oder Blasen erkranken.

Diese Erkrankung kann ein oder mehrere Male sich zeigen. Ihre Dauer variiert zwischen 10 Tagen und 2—3 Wochen. Nachdem der Schweiſs (es ist hier der Blaseninhalt gemeint) wieder verschwunden ist, bleibt in einzelnen Fällen eine rötliche, trockene, etwas schilfernde, ja zuweilen äuſserst schmerzhafte Hautfläche zurück, und die Krankheit wird alsdann chronisch.

In schwereren Fällen fühlen sich die Patienten stets übel. Meistens sind die Betroffenen nervenschwache Individuen, die wegen Nervenkrankheiten, Muskelaffektionen etc. schon oft ärztlich behandelt wurden. Einige mögen durch Aufregung, Angst und Sorge geschwächt sein. Alle aber schwitzen stets stark, werden leicht erschöpft und sind oft dyspeptisch. Obwohl die Krankheit oft als Ekzema beschrieben wird, geht ihr der

katarrhalische Charakter von Ekzema ab. Es ist keine Entzündung dabei vorhanden, es fehlen ihr die wässerig-eitrigen Ausflüsse, die Schorfbildung u. dergl. m. Die Bläschen sind nicht durch Abhebung der Epidermis durch eine serös-eitrige Flüssigkeit, sondern durch die Erweiterung der Schweifskanäle infolge von Schweifsretention entstanden. Nichts ist bei dieser Affektion auffallender, als die Abwesenheit alles dessen, was an serös-eitrige Flüssigkeit oder an Krustenbildung durch Eintrocknen von Entzündungsprodukten erinnern könnte. Nichtsdestoweniger kann in seltenen Fällen sekundär Ekzem hinzutreten, allein sehr selten. Durch die Abwesenheit fieberhafter Symptome unterscheidet sich diese Erkrankung von Sudamina. Zwar trifft man zuweilen rote Papeln als Begleiterscheinung über die Haut zerstreut an, die ohne Zweifel Miliaria sind. Es ist dies aber blofs eine Komplikation, die gerade da zu gewärtigen ist, wo die Schweifssekretion gestört ist. Sudamina sind auch ohne Zweifel manchmal vorhanden. Der ganze Schweifsapparat ist eben in toto betroffen.

Die Ätiologie anlangend, so spricht verschiedenes dafür, dafs die Innervation der Drüse gestört ist. Die Folge davon ist eine plötzliche Hypersekretion der Drüse, wobei durch rasche Ausdehnung der tieferen Teile das spiralig gewundene Endstück des Ganges komprimiert und so zur Bildung einer Retentionszyste Gelegenheit gegeben wird. Differenzialdiagnostisch kommen in Frage Hyperidrosis, Ekzema, Syphilis, Tinea circinata und Erythema papulatum. — Hyperidrosis: bei Hyperidrosis ist ein grofses Schweifsquantum über die Hautoberfläche ergossen, der Schweifs ist also nicht retiniert und kann keine Schweifsfollikel-Erweiterung verursachen. Ekzema: Nichts kann verschiedener sein als der Ursprung und der Verlauf beider Prozesse. — Syphilis und Tinea circinata: Wenn die Krankheit im Verschwinden, d. h. wenn der Schweifs in den Follikeln resorbiert wird oder evaporiert, die Blasen eingetrocknet sind und die Haut sich abschält, dann bleibt manchmal eine gerötete, trockene, leicht abschuppende Fläche zurück, welche einige Ähnlichkeit mit Tinea circinata oder mit einem Syphiloderm hat. Die Krankengeschichte wird Aufklärung geben, sodann sind bei Tinea circinata die Pilzelemente zu finden. Die Affektion befällt den Handrücken und entsteht primär aus kleinen roten, juckenden, abschuppenden Stellen. Wo bei Syphilis das Derma affiziert ist, sitzt die Erkrankung viel tiefer, weshalb die darüber liegende Epidermis überhaupt dicker erscheint, während bei Dysidrosis, was Entzündung angeht, dieselbe äufserst oberflächlich ist. Ferner sind bei Syphiloderm wichtige konkomitierende Erscheinungen vorhanden, und kann man den Anfang der Affektion nicht auf einen akuten, vesikulösen Ausschlag zurückführen. Fragliche Syphilide haben übrigens eine knotige Form. Zum Schlusse führt TILBURY FOX noch an, dafs die Dysidrosis in der

Regel nach längstens 2—3 Wochen spontan und ohne jegliche Therapie heilt.

Das ist ungefähr das Bild, welches uns TILBURY FOX von seiner Dysidrosis giebt. Ich war bestrebt, das Original möglichst genau wiederzugeben, wenigstens dem Inhalte und dem Sinne nach. Ich fand es nämlich am Platze, die Schilderung von T. FOX, sowie auch die folgende von J. HUTCHINSON über die gleiche Erkrankung in der Hauptsache zu reproduzieren, weil dieselben als die ersten Beschreibungen fraglicher Erkrankung gelten, und weil darauf die meisten späteren bezüglichen Beschreibungen basieren.

Mit dem Namen TILBURY FOX und J. HUTCHINSON ist diese Affektion noch durch einen besonderen Umstand eng verknüpft. Diese zwei Autoren führten nämlich s. Z. einen langjährigen Krieg um die Priorität der ersten Beschreibung derselben. Jeder von beiden beanspruchte die Priorität für sich. Erst der Tod von T. FOX machte dem leidigen Streite ein Fnde.

Im Jahre 1876 veröffentlichte J. HUTCHINSON einen Fall derselben Erkrankung und zwar unter dem Namen von Cheiro-Pompholyx.[2]

Es handelte sich um ein circa 50 Jahre altes Fräulein, welches schon im Alter von 20 Jahren von einer Menge verschiedener Leiden, meist hysterischer Natur, heimgesucht wurde. Diese Patientin war äuſserst mager, sehr unruhig und klagte über Hyperästhesie der Haut, was sie auch verhinderte längere Zeit in derselben Position zu sitzen oder zu liegen. Sie schien für klimatische Einflüsse auſserordentlich feinfühlend zu sein. Ihr Appetit war oft sehr gering. Keine Medizin schien irgend welchen Erfolg zu haben. Patientin fühlte sich stets besser, wenn die Luft heiſs und trocken war; je heiſser desto besser.

HUTCHINSON konstatierte bei dieser Patientin, und das ist hier das Wichtigste, eine Neigung zu einer Eruption an den Händen. Man konnte in Erfahrung bringen, daſs die erste ähnliche Eruption ca. 12 Jahre vorher aufgetreten war. Zuerst erschienen die Attaken alle ein oder zwei Jahre, aber nach und nach wurden sie häufiger. Die einzelnen Eruptionen, obgleich von verschiedener Heftigkeit, hatten doch immer denselben Charakter bekundet, und in allen Fällen verschwand das Leiden von selbst wieder. Die Blasen, so groſs sie auch gewesen sein mochten, trockneten stets und ohne zu bersten ein. Eine bestimmte Ursache zu einer solchen Erkrankung konnte nicht festgestellt werden. Patientin gab an, daſs sie als Vorboten jeder Eruption allgemeines Miſsbehagen, sowie Brennen an Händen und Füſsen fühlte. Darauf erschienen unter heftigem Brennen und Jucken und einem Gefühle der Steifheit an den Seiten der Finger eine Anzahl tief gelagerter kleiner Bläschen.

---

[2] J. HUTCHINSON, Cheiro-Pompholyx. *Illustrations of Clinical Surgery.* Vol. I. page 49. — V. id. und F. E. HOGGAN. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1883. page 111 ff.

Nach wenigen Tagen konfluierten dieselben und bildeten oft enorme Blasen. Man bekam den Eindruck, als ob die Finger mit irgend einem blasenziehenden Mittel traktiert worden wären. — Zusammen mit der Blaseneruption an den Händen pflegte gewöhnlich ein roter Ausschlag über den ganzen Körper zu erscheinen, der stets von Abschuppung gefolgt war. Die Füfse waren gewöhnlich nur ganz schwach befallen, doch zeigten sie zuweilen ebenfalls Eruptionen. Zwischen den Zehen fand Hutchinson eine Anzahl ganz symmetrisch gelegener kleiner Bläschen. Nach einer Woche erreichte die Affektion ihren Höhepunkt und verschwand bald wieder, indem sich die Haut ohne Tendenz, Schorfe oder Geschwüre zu bilden, abschälte. Während der Eruption zeigte Patientin eine Neigung zu Follikular-Geschwüren am Munde. Die Eruption blieb nur wenige Tage auf ihrer Höhe, und wie arg sie auch gewesen sein mochte, genügten gewöhnlich drei Wochen, um den Normalzustand wieder herbeizuführen. Im Jahre 1869 machte Patientin eine ernste, fieberhafte Krankheit durch. Die darauf folgenden 6 Monate befand sie sich ungewöhnlich wohl. Weihnachten 1870 bekam sie eine heftige Attake. Von dieser Zeit an war ihre Gesundheit nicht mehr so gut. Im darauf folgenden März stellte sich wieder eine Eruption ein. Patientin hatte nie an Rheumatismen gelitten und zeigte auch keine Tendenz zu katarrhalischen Affektionen.

Hutchinson verglich diese Erkrankung mit jener Eruption von sagokornähnlichen Bläschen, welche zuweilen an den Seiten der Finger vieler Leute, oft infolge kleiner Gesundheitsstörungen, auftrete. Die Sonne scheine ebenfalls Einfluſs auszuüben.

Die sog. Sagokorn-Bläschen würden in der Tiefe der Epidermis von ausgeschwitztem Serum gebildet. In der Mehrzahl der Fälle erfolge nach Verlauf von einigen Tagen spontane Resorption, ohne Abschilferung der Epidermis. Unter keinen Umständen endige die Krankheit in Ekzema. — Hutchinson glaubt, daſs die Affektion sehr häufig vorkomme und zwar stets bei jungen weiblichen Personen, besonders bei Unverheirateten. Dieser Autor ist ferner der Meinung, daſs es keinem Zweifel unterliege, daſs diese Krankheit nervöser Natur sei, wie ihre Tendenz zu spontaner Heilung und ihr häufiges Zusammentreffen mit andern nervösen Symptomen zeige. Dies schlieſse jedoch die Möglichkeit nicht aus, daſs die Nervenstörung durch irgend eine Medizin oder Speise, die der Patient aus Versehen genommen, entstanden sein könnte.

In einem 1870 veröffentlichten Anhange zu demselben Werke (vgl. o.) hält Hutchinson einen Rückblick über den Streit, der zwischen ihm und Tilbury Fox um die Priorität der ersten Beschreibung fraglicher Erkrankung gewaltet hatte, und stellt dabei diejenigen Momente zusammen, die bei dieser Art von Erkrankung zu beobachten sind und über welche alle Beobachter einig gehen, nämlich:

1. Das erste Krankheitsstadium zeigt ein tief gelagertes Bläschen, welches einem gekochten Sagokorn ähnlich ist und oft einen dunklen Punkt im Mittelpunkte zeigt.

2. Diese sagokornähnlichen Bläschen, die an den Fingerseiten zerstreut erscheinen, bilden oft die ganze Krankheit und verschwinden nach einigen Tagen von selbst wieder.

3. Fälle dieser milden Art sind ziemlich häufig.

4. Es giebt seltenere und schwerere Fälle, bei welchen die einzelnen Bläschen konfluieren und grofse Blasen bilden.

5. Wie grofs auch die Blasen sein mögen, so zeigt die Eruption stets das Bestreben, von selbst zu heilen. Sie währt seltener länger als eine bis drei Wochen und ist beinahe nie die Ursache von chronischen Ekzema.

6. Nach Verlauf einiger Monate ist es möglich, dafs der Patient einen neuen Anfall bekommt, und dies kann sich noch öfters wiederholen.

7. Während mit Vorliebe die Hände betroffen werden, bleiben in einigen Fällen auch die Füfse davon nicht verschont. Zudem sind Fälle bekannt, bei denen ein rötlicher papulöser Ausschlag über den ganzen Körper die übrige Eruption begleitete.

8. Die Krankheit befällt meistens, aber nicht ausschliefslich Leute, die nervös oder abgespannt sind. Bei Kindern und alten Leuten ist sie noch nie beobachtet worden.

Im Jahre 1877 beschrieb A. R. Robinson[3] aus New York den histologischen Befund eines Falles von Dysidrosis oder Cheiropompholix, der ihm zur Untersuchung gelangt war. Robinson liefert Abbildungen der genauen Anatomie der Bläschen. Er behauptet, im stande gewesen zu sein, den ganzen Vorgang dieser Bläschenbildung, vom ersten Anfange als kleinen Ergufs von Serum an bis zum Ausgange des Prozesses in Resorption oder in Entweichen der Flüssigkeit infolge Ruptur der Zellen, welche das Bläschen gebildet hatten, zu verfolgen. Nach diesem Autor stammt die Flüssigkeit aus den Blutgefäfsen der Papillen, und wenn das Bläschen sehr klein ist, so kommt die Flüssigkeit aus einer einzigen Papille. Sodann nimmt Robinson an, dafs das Serum bei seinem Durchgange den Charakter der Zellen, die es berührt, ändere. Er behauptet, dafs das Bläschen zuerst zwischen der Horn- und Malpighischen-Schicht, unmittelbar über der Spitze der Papille, sich bilde. Das Bläschen selbst enthalte zuerst reines Serum, zu welchem sich eingewanderte Zellen aus den Blutgefäfsen der Papillen hinzugesellen sollen. Im letzten Stadium werde der Inhalt des Bläschens undurchsichtig. Bei der chemischen Untersuchung fand Robinson den Inhalt des Bläschen sauer, und mittelst

[3] A. R. Robinson, Pompholyx; Cheiropompholyx (Hutchinson), Dysidrosis (Tilbury Fox). *Archives of Dermatology.* New York. 1877, Juli. S. 289. — v. id. v. G. und F. E. Hoggan, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1883. pag. 111 ff.

Schwefelsäure koagulierte das Eiweifs der Bläschenflüssigkeit. Daraus schlofs ROBINSON, dafs der Inhalt kein Schweifs sein könne und dafs die Schweifsdrüsen keinen Anteil an der Blasenbildung haben. In diesem Falle wurde die Schweifsdrüse ganz unverändert als das Hauptgebilde, welches zwei Bläschen trennt, gefunden. ROBINSON hält dafür, dafs der histologische Befund für die Ansicht von HUTCHINSON spreche. Die lokalen Veränderungen würden indessen keinen katarrhalischen Charakter zeigen. Dieser Autor macht auch noch den Vorschlag, die Krankheit Pompholyx zu nennen, indem der Ausdruck „Cheiro“ nicht korrekt sei, da fragliche Affektion keineswegs blofs auf die Hände sich beschränke, eine Thatsache übrigens, deren schon Fox in seiner Schilderung Erwähnung that. THIN[4] beschrieb zwei Fälle von der nämlichen Erkrankung, welche im Gegensatze zu den meisten ähnlichen Fällen bei jungen, kräftigen Männern vorkamen. Der erste Fall, ein 27jähriger Mann, soll stets bei ausgezeichneter Gesundheit und guter Stimmung gewesen sein. Er transpirierte aber leicht. Die Hände waren meist kälter als normal, und dies selbst im Sommer. Ein kalter Luftzug machte sie frösteln, und waren dieselben überhaupt seit längerer Zeit zu Frost geneigt. Man konnte keine Zeichen mangelhafter Zirkulation an den Händen bemerken, sowie keine Indizien von Schwäche des Rückenmarks odes des peripheren Nervensystems konstatieren. Die übrigen Angaben stimmen mit den von Fox und HUTCHINSON gelieferten Beschreibungen überein, nur dafs dieser Autor eben so wenig wie HUTCHINSON und ROBINSON eine Beziehung dieser Affektion zu den Schweifsdrüsen im Sinne von Fox annimmt. Bei Anlafs einer Versammlung der medizinischen Gesellschaft (9. Dez. 1878), wobei TILBURY Fox einige mikroskopische Präparate dieser Erkrankung vorwies, drückte THIN seine Auffassung dahin aus, dafs keine Evidenz vorhanden sei, dafs diese Krankheit mit den Schweifsdrüsen in Verbindung stünde, weil die Kavitäten in dem Rete mucosum Eiterzellen und Körnchenmassen enthielten, sowie er sie bei Tinea circinata und anderen Krankheiten, die mit Irritation einhergehen, beobachtet habe. Er gab aber zu, dafs die vergröfserten Kavitäten znweilen ein Schweifsdrüsenrohr unterbrächen.

LIVEING[5] behauptet, dafs Dysidrosis und Cheiropompholyx zwei ganz verschiedene Krankheiten seien, und dafs der Unterschied zwischen Hyperidrosis und Dysidrosis gar zu nebelhaft sei, um die Einführung eines neuen Namens für eine alte Krankheit zu rechtfertigen.

---

[4] THIN, Remarks on a disease lately observed and describet as Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx and Pompholyx. *Brit. med. Journ.* 1877. 1. Dez. pag. 761. — v. id. G. und F. E. HOGGAN, l. c.

[5] LIVEING. Cheiro-Pompholyx and Dysidrosis. *Brit. med. Journ.* 1877. 8. Dez. S. 803. — v. id. G. und F. E. HOGGAN, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1883. pag. 148.

L. DUNCAN BULKLEY[6] ist ebenfalls der Ansicht, daſs Dysidrosis verschieden sei von Pompholyx, welch letzteren er neben Hydroa und Pemphigus stellt und in einem besonderen Kapitel unter dem Titel: „Bullöse Eruptionen“ abhandelt. Der nämliche Autor zieht in seinem Werke über Ekzema[7] die Differentialdiagnose zwischen Dysidrosis und Ekzema. Danach tendierten die Blasen bei Dysidrosis diskret zu bleiben und einzutrocknen, während Ekzema von stärkeren Entzündungserscheinungen begleitet sei und länger andauern würde. Beide Krankheiten seien indessen mit bedeutendem Jucken und Brennen verbunden. — Pag. 210 des letztgenannten Werkes heiſst es sodann weiter: „Die Bläschen liegen bei Dysidrosis tiefer in der Haut und zeigen weniger Entzündungserscheinungen und weniger Tendenz zum Aufgehen und sich zu entleeren. Pompholyx und Cheiropompholyx zeigen zwar anfangs ähnliche Phänomene, nur sind in letzterem Falle die Blasen viel gröſser und die Krankheit hat mehr Ähnlichkeit mit Pemphigus.“

Im Jahre 1878 waren FOX und CROCKER[8] in der Lage, eine eingehende histologische Untersuchung über die Dysidrosis zu machen. Sie zeigten, daſs, entgegen der Behauptung von ROBINSON, die einzelnen Bläschen, anstatt über dem Höhepunkte einer Papille zu liegen, stets in der interpapillären Stachelschicht zu treffen wären. Sie behaupteten ferner, daſs dies im Beginne der Bläschenbildung eine fast konstante Regel sei. Da nun der Schweiſsdrüsenduktus ebenfalls in der interpapillären Stachelschicht liege, so müſste daraus folgen, daſs in jedem Falle das entstehende Bläschen in seiner Lage mit dem Schweiſsdrüsenrohr koinzidiere. Auch wollen sie gesehen haben, wie das Schweiſsdrüsenrohr in das Bläschen eintritt und wie es dasselbe wieder verläſst. — Nach diesen Autoren besteht die Dysidrosis anatomisch in einer entzündlichen Affektion des Schweiſsdrüsenapparates, worauf auch die Zelleninfiltration rings um viele der Drüsen hindeute, infolgedessen die Drüsengänge in der Stachelschicht höchst wahrscheinlich verstopft, jedenfalls aber sehr ausgedehnt würden. Hierdurch könne die Flüssigkeit aus den Gängen heraus in das umgebende Gewebe dringen und so die charakteristischen Bläschen bilden, die anfangs wie in die Haut eingebettet erscheinen, später aber, infolge vermehrten Ergusses, groſs würden und zur Erhebung der Haut und zur Bildung mehrfächeriger Blasen führten. Dysidrosis sei daher von Ekzema ganz verschieden und verdiene als eine ganz besondere Form von Hautkrankheit angesehen zu werden.

---

[6] L. DUNCAN BULKLEY, *Manual of Diseases of the skin.* II. Aufl. 1882. pag. 87 und 156.

[7] L. DUNCAN BULKLEY, *Eczema and its management.* II. Edit. pag. 49 u. 210.

[8] FOX und CROCKER, The minute Anatomy of Dysidrosis. *Trans. Path. society.* 1878. Mai. S. 264. — v. id. G. und F. E. HOGGAN. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1873. pag. 149.

Für unsere Frage wichtig sind auch die Kontrolluntersuchungen, welche G. und F. E. Hoggan an den Präparaten von Fox und Crocker selbst vorzunehmen in der Lage waren. Das Resultat dieser neuen Untersuchung findet sich in einer kritischen Abhandlung niedergelegt.[9] Im Interesse der Sache will ich im folgenden die wichtigeren Stellen aus dieser sorgfältigen Arbeit im Wortlaut wiedergeben. Es heifst darin unter anderem: „Unser erstes Bestreben war natürlich das, den Zusammenhang der Bläschen in ihren frühesten Stadien mit einer ausgedehnten Schweifsdrüse festzustellen. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs der von Fox und Crocker aufgestellte Kardinalpunkt vollständig richtig ist, der nämlich, dafs die Bläschen in der interpapillären Stachelschicht sich befinden, in welcher die Schweifskanäle stets gefunden werden. Allein alle unsere Bemühungen, ein Übergangsstadium zwischen einem ausgedehnten Schweifsdrüsenrohre und einem Bläschen zu finden, schlugen fehl. Freilich zeugte der Befund eben so wenig gegen wie für einen solchen Ursprung (u. s. w.). Bei der Untersuchung trafen wir auf mehrere Punkte, welche mit seiner Ansicht übereinstimmten, und andere, die dagegen sprachen, während wieder andere für ganz verschiedene Ansichten gleich gut hätten verwertet werden können. — Endlich nach langem ernsten Studium jeder der 108 Schnitte fanden wir einen Schlüssel, der alles übrige uns eröffnete. Im Anfange haben die Schweifsdrüsenrohre keinen direkten Zusammenhang mit den sich bildenden Bläschen, obgleich diese meistens in den obersten Zellenlagen der interpapillären Stachelschicht zwischen zwei Schweifsröhren sich entwickeln. — Der krankhafte Prozefs, der zur Blasenbildung führt, beginnt in einer oder in mehreren Zellen der Körnerschicht. Eine einzige Zelle (oder mehrere Zellen) des Stratum granulosum, am häufigsten an einem von den Ernährungszentren weit entfernten Punkte, und folglich in den obersten Lagen der interpapillären Stachelschicht, nimmt plötzlich und ohne, dafs man eine Erklärung dafür hätte, ein krankhaftes Aussehen an. Ihr Protoplasma schwillt an, als ob es mit Flüssigkeit angefüllt wäre, und erreicht so das Mehrfache ihrer anfänglichen Gröfse. Sie drückt auf die benachbarten Zellen und komprimiert sie, bis sie endlich ganz aus dem Wege der sich stets vergröfsernden Zelle weichen. Diese löst sich dann in eine Flüssigkeit auf, in der sich der Zellenkern und Überbleibsel von Protoplasma in der Gestalt von körnigen Trümmern befinden. Die benachbarten Zellen machen denselben Prozefs durch, und indem auch diese schliefslich bersten, vergröfsern sie die Originalhöhle durch den von ihnen eingenommenen Raum. Auf diese Weise wird die Bildung eines Bläschens eingeleitet, und der Prozefs schreitet weiter und wird erhöht durch den

[9] G. und F. E. Hoggan, Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx oder Pompholyx. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1883. pag. 111 und 148 ff.

zunehmenden Druck der immer mehr eingezogenen Zellen an der Wand der Höhle und durch die Gegenwart von Flüssigkeit, die mit der Zeit schädliche Eigenschaften gewinnt. In den ersten Stadien dringt kein Schweifs in das Bläschen ein, und es giebt auch kein spezifisches Eindringen von Serum, obgleich in den letzten Stadien beide Flüssigkeiten durchdringen mögen und sich in dem Bläschen befinden. Mit Fortschreiten des Prozesses werden die oberhalb des Bläschens liegenden Zellen der Körnerschicht komprimiert, während die darunter oder der Kutis zunächstliegenden voneinander getrennt werden und durch ihre höhere Lebensfähigkeit embryonale Veränderungen eingehen. Am Ende gehen alle zwischen dem Bläschen und dem gelatinösen Gewebe der Kutis liegenden Zellen zu Grunde, und werden ihre Produkte dem Inhalte des Bläschens beigemischt. Somit wäre ein Stadium erreicht, wo Druck auf den subepidermidalen Nervenplexus und die Tendenz des Bläschens zum Aufgehen den vielfach beklagten Schmerz verursachen müfste. An der oberflächlichen oder verhornten Fläche vergröfsert sich das Bläschen gleich schnell, bis die verdünnte Wand, die durch die letzten übrig gebliebenen komprimierten oberflächlichen Zellen der Hornschicht gebildet wird, nachgiebt. Dann macht sich folgende eigentümliche Erscheinung bemerkbar: Der flüssige Inhalt des Bläschens drückt auf die harte, dichte, obgleich tote Hornschicht, besitzt aber nicht die Macht, dieselbe aufzuheben, und infolge dessen sucht sich die komprimierte Flüssigkeit einen Weg zwischen Hornschicht und Oberfläche der Körnerschicht zu bahnen. Es ist dies der Grund, warum der geborstene Rand des oberflächlichen Teils der Blasenwand eingeschlagen wird und in die Blasenhöhle hineinhängt. Die benachbarten Zellen der Hornschicht zerfallen dann nach und nach, nach vorausgegangenem Anschwellen ihrer Körpermasse, welche nach unten gegen die Mitte des Bläschens zu hinunterfällt. Diese Erscheinung gleicht der Delle einer reifen Pocke und giebt wahrscheinlich auch die Erklärung dafür.

Die Schweifsdrüsenröhren sind aus dem Wege geschoben, so dafs sie meistens halbmondförmig um das Bläschen herumliegen. Dieses Verschieben tritt klar zu Tage in den meisten Zeichnungen von Fox und Crocker, und in Fällen, wo zwei Bläschen zusammengelaufen sind, sieht man zuweilen das Schweifsdrüsenrohr sich balkenartig durch die Höhle hindurch erstrecken. — Im Laufe der Zeit berstet das Schweifsdrüsenrohr, und man hat dann eine wahre Dysidrosis, indem die dem geborstenen Rohre gehörende Drüse ihr Sekret in die Höhle des vergröfserten Bläschens oder der sich jetzt bildenden Blase ergiefsen mufs. Der Druck der scharfen Flüssigkeit auf die Blase mufs sich aber den ganzen Schweifsdrüsenduktus entlang fühlbar machen. Als Folge dessen entsteht der entzündliche Zustand und die Zelleninfiltration der Schweifsdrüsen, welche

sicher in manchen Fällen so existieren, wie Fox und Crocker behaupten. Dies ist aber als Folge und nicht als Ursache der Krankheit anzusehen.

Später nahm Crocker wiederum Veranlassung, anatomische Untersuchungen über fragliche Erkrankung vorzunehmen. Nach denselben[10] sollen die Bläschen sich immer im Rete bilden, gewöhnlich in dessen oberem Teile, dicht unter der Hornschicht, oft auch im mittleren, seltener im unteren Teile desselben. Er habe die Bläschen oft direkt in der Linie eines Schweifsdrüsenduktus beobachten können. Auch will er konstatiert haben, wie der Duktus das Bläschen verliefs. Die Bläschen würden also hier interpapilläre Prozesse bilden. Andernteils wären, und zwar mitunter sogar im selben Schnitte, einige Bläschen ganz deutlich über den Papillen zu treffen gewesen, während der Schweifsduktus sich zwischen die Bläschen hindurch schlang. Im ganzen genommen hätten wahrscheinlich mehr Bläschen über den Papillen als zwischen den Papillen gelegen. Auch konnte leichte Proliferation der Zellen im oberen Teile des Schweifsdrüsenausführungsganges, mitunter aber auch im unteren Teile desselben konstatiert werden. Indessen, in keinem einzigen Falle gewann Crocker die Überzeugung, dafs die Knäueldrüsen entzündet gewesen wären. — Das eben Gesagte beziehe sich auf die kleinsten Bläschen. Werden dieselben gröfser, so würde der Prozefs auf das ganze Rete übergreifen, nur selten indessen die Hornschicht abheben. — Die Papillen in der Nähe der Bläschen seien infiltriert, aber nicht stark. Leukozyten wären nahe am oberen Rande der Gefäfse der Papillarschicht, nicht aber am unteren Rande derselben zu treffen gewesen, und selten seien Zeichen von Entzündung an den tiefer liegenden Gefäfsen wahrgenommen worden.

In der Hauptsache handele es sich um einen mäfsig intensiven Entzündungsprozefs, der beinahe ganz auf die Papillarschicht sich beschränke. Crocker glaubt, dafs diese Affektion klinisch und anatomisch mit dem Schweifsdrüsenapparat in engerem Zusammenhang stehe. Doch möchte er dieselbe eher als eine Hyperidrosis denn als eine Dysidrosis auffassen, Crocker ist ferner der Meinung, dafs diese Krankheit primär neurotischen Ursprungs sei. Es handele sich wahrscheinlich um eine vasomotorische Störung, die zu einer Entzündung in und um den Schweifsdrüsenapparat führe, ohne indessen einzig auf dieses Gewebe sich zu beschränken. Des weiteren hebt Crocker das häufige Vorkommen der Erkrankung im Sommer hervor, sowie das fast exklusive Befallenwerden von Händen und Füfsen, den Beginn der Krankheit mit Brennen und Jucken und die Entwickelung von tief in die Haut eingebetteten Bläschen von sagokornartigem Aussehen.

---

[10] Radcliffe Crocker, *Diseases of the Skin.* London, 1888. pag. 135.

Sehr richtig betont dabei Crocker, man habe auf das sagoperlenartige Aussehen der Effloreszenzen zu viel Wert gelegt, da dasselbe wohl mehr durch die anatomische Konstitution der betreffenden Teile der Haut bedingt sein möchte, als durch eine besondere Eigentümlichkeit des Prozesses selbst u. s. w.

Ich war im vorliegenden bemüht, die Anschauungen der maſsgebenderen englischen und amerikanischen Autoren über die in Frage stehende Erkrankung in den Hauptpunkten möglichst genau wiederzugeben. Dies hauptsächlich aus dem Grunde, weil von dieser Seite zuerst, wie gesagt, eine Dysidrosis, ein Cheiropompholyx und ein Pompholyx aufgestellt und verfochten wurde. Sodann aber auch aus dem Grunde, um ein möglichst vollständiges Bild davon wiederzugeben, wie die englischen und amerikanischen Autoren über eine noch zur Stunde sehr umstrittene Frage denken. — Zur Vervollständigung dieses Bildes müssen wir noch die wichtigeren Daten von Autoren unseres Kontinents anführen, die direkt oder indirekt auf unsere Erkrankung Bezug haben.

Bei Hebra finden wir keine Dysidrosis, keinen Cheiropompholyx oder Pompholyx weder in der ersten (1860) noch in der zweiten (1874) Auflage seines Werkes über Hautkrankheiten. Dagegen ist in seiner Beschreibung des akuten Ekzems der Hände und Füſse[11] wahrscheinlich auch dasjenige Bild enthalten, das von anderer Seite als Dysidrosis, Cheiropompholyx oder Pompholyx angesprochen wird. Hebra sagt (l. c.):

Entweder im Verein mit den Ekzemen im Gesichte, an den Genitalien und anderen Punkten, oder auch wohl ganz für sich allein bemerkt man das Auftreten einer groſsen Anzahl hanfkorn- bis erbsengroſser, mit wasserklarer Flüssigkeit gefüllter Bläschen, öfters nur an einzelnen Fingern, in anderen Fällen an mehreren, in noch anderen an der ganzen Hand und zwar sowohl an Flachhand als auch Handrücken, wobei zwar gleichzeitig Schwellung der Hand, aber im Beginne nie Rötung zugegen ist. In den nächsten Tagen nehmen die Bläschen an Umfang zu, flieſsen wohl auch hier und da zusammen zu einer gröſseren Blase ohne zu bersten. Wieder einige Tage später bemerkt man, daſs die eingetrockneten Bläschendecken in Gestalt bräunlicher Schüppchen sich ablösen mit Hinterlassung einer, in jeder Beziehung normalen Hautoberfläche. Als subjektives Symptom ist hierbei anfänglich das Gefühl von „Pelzigsein“, später das des Juckens zugegen.

Bei starker Schwellung der Haut ist die Beweglichkeit der Finger und Zehen komplet gehindert, und bei Gegenwart des Ekzems an der Haut der Füſse ist das Anlegen von Fuſsbekleidung, sowie das Stehen und Gehen anfänglich mit groſsen Schmerzen verbunden, später sogar

[11] Hebra, Akute Exantheme und Hautkrankheiten. *Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie von Virchow.* III. Bd. 1860. pag. 343.

ganz unmöglich. Auch diese Ekzeme werden nach wiederholten Ausbrüchen der eben geschilderten Bläschen-Proruptionen später den chronischen Charakter annehmen und um so eher dahin gelangen, je schneller die Rezidive aufeinander folgen. Sind jedoch die einzelnen rezidivierenden Ausbrüche durch große Intervalle voneinander getrennt, kommt zum Beispiel jedes Jahr oder jedes halbe Jahr ein solcher zu Tage, so erlangt das Ekzem nie die Eigenschaften, welche das chronische charakterisieren, sondern es werden eben nur die früher beschriebenen Symptome zur Beobachtung kommen und allenfalls nur ein rezidivierendes akutes Ekzem formieren.

Kaposi[12] erblickt in der Dysidrosis, dem Cheiropompholyx oder Pompholyx ebenfalls nur Erscheinungen von akuten Ekzem-Ausbrüchen.

H. von Hebra[13] zählt die Dysidrosis zu den Anidrosen (bei denen die Sekretion des Schweißes entweder vollkommen aufgehoben oder merklich vermindert ist). Er führt folgenden von ihm beobachteten Fall an: „An den Handflächen und Fußsohlen einer 42jährigen Dame, die im übrigen gesund war, zeigten sich neben zahllosen hirsekorngroßen, tiefsitzenden Bläschen größere Mengen erbsen- bis bohnengroßer Blasen, die mit ganz klarem Fluidum gefüllt waren. Während die kleinen an ihrer Peripherie keinerlei Reaktionsröte aufwiesen, war um manche der größeren Blasen ein sehr schmaler roter Halo zu sehen. Im übrigen war die Haut vollkommen normal und auch an Hand- und Fußrücken keinerlei Symptome irgend eines krankhaften Vorganges vorhanden. Die Bläschen waren im Verlaufe von 14 Tagen aufgetreten, vermehrten sich dann noch durch ungefähr drei Wochen, worauf die Neuentwickelung vollkommen sistierte und sehr rasch alles der Norm wieder zugeführt wurde. Rezidive wurden keine beobachtet.

In einer jüngst erschienenen Abhandlung: „Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten“,[14] teilt H. von Hebra noch immer die Anschauung, wonach die als Dysidrosis bezeichnete Hautaffektion eine zystenartige Schweißansammlung im Schweißkanal darstellen sollte.

Neumann[15] zitiert die Dysidrosis (Tilbury Fox) unter den Anomalien der Schweißdrüsensekretion.

Auspitz[16] bespricht in seinem System der Hautkrankheiten auch die Dysidrosis (T. Fox), sive Cheiropompholyx (Hutchinson). Er sagt, selbst keine ähnlichen Fälle beobachtet zu haben. Indessen, nach den mikroskopischen Zeichnungen von T. Fox nimmt er auch an, daß es

---

[12] Kaposi, *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* III. Aufl. pag. 150.
[13] H. von Hebra, *Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde.* pag. 425—426.
[14] *Klinische Zeit- und Streitfragen von Prof. Schnitzler.* II. Teil. pag. 275.
[15] Neumann, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1880. pag. 105.
[16] Auspitz, *System der Hautkrankheiten.* Wien, 1881. pag. 140—141.

sich dabei wirklich um eine Erweiterung der Schweifsdrüsenkanäle im Bereiche des Malpighischen Netzes und dadurch erzeugte Bläschen- und Blasenbildung handle. Letzteres möchte vielleicht nach Fox' Voraussetzung durch Hypersekretion und Retention von Schweifs im oberen Teile des Schweifsdrüsenausführungsganges hervorgerufen werden. — Auspitz zählt vorläufig die Dysidrosis zur Familie der Anidrosen seines Systems, bemerkt aber dabei, dafs die häufigen nervösen Symptome und die Schwäche bei allen diesen Kranken vielleicht für eine neuritische, möglicherweise zentral liegende Ursache sprechen könnten. In diesem Falle müfste die Dysidrosis zu den neuritischen Dermatosen gezählt werden. Ein Entzündungsprozefs scheine seiner Ansicht nach nicht vorzuliegen.

Geber[17] fafst die Dysidrosis (T. Fox) als eine durch Hyperidrosis veranlafste und unter ganz eigentümlichen Erscheinungen verlaufende Entzündung des Koriums auf.

Er zitiert folgende zwei von ihm beobachtete Fälle: Zwei der besseren Klasse (Gymnasiallehrer und Viehhändler) angehörige, gesunde und gut genährte Männer mittleren Alters haben vermöge der belästigenden Fufsschweifse meine Hülfe in Anspruch zu nehmen gewünscht. Beim Viehhändler waren insbesondere die Fufsohlen dermafsen empfindlich, dafs er seit mehreren Tagen kein Schuhwerk benützen konnte und mit Ängstlichkeit jede, auch nur allergeringste Berührung der Füfse mied. Hatte man diese in Augenschein genommen, so fiel je die Mazeration der Epidermis des Gesamtfufses und das zum grofsen Teile gerötete Aussehen der Sohle auf. Stellenweise sah die Epidermis, ohne merklich emporgehoben zu sein, in den tieferen Lagen lichter aus. Hatte man eine solche Stelle angestochen, so kam eine geringe Menge visciden oder dünnflüssigen Eiters zum Vorschein.

Es machte den Eindruck, als ob fragliche Flüssigkeit die verdickte Hornschicht in weiterem Umfange unterwühlt hielte. Zur Gewifsheit wurde diese Annahme, sobald man von dem Angriffspunkte aus mit der Scherenspitze gegen die Umgebung vordrang. Neben solchen Unterminierungen der Epidermis konnte man linsen- bis wallnufsgrofse eiterige Erhebungen, Pusteln, oder wenn diese ihrer Decke verlustig wurden, umfangreiche, blofsliegende Retestellen bemerken. Immer aber blieb auch dann noch charakteristisch, dafs an der Peripherie der Effloreszenzen Eiter unter der Epidermis vorhanden war, und dafs, wie dies bei Brandblasen vorzukommen pflegt, eine hartnäckige Neigung zur weiteren Eiteranspülung bestanden hat. Mit einer ähnlichen Affektion, nur in geringerem Grade, war der zweite Patient seit 6 Jahren behaftet etc. etc.

---

[17] von Ziemssen. XIV. Bd. (*Hautkrankheiten*) zweite Hälfte. pag. 289—290.

Nach WEYL[18] unterscheidet sich der Cheiropompholyx vom akuten vesikulösen Ekzem durch die konstante Beschränkung seiner Bläschen-Eruptionen auf Hände und Füſse, sowie durch die Rezidive und die stärkeren nervösen Begleiterscheinungen. Es könne zwar leicht mit junger Skabies Verwechselung eintreten, wovor aber das Auffinden der Milben schütze.

(Fortsetzung folgt.)

Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut.

Von

Dr. LUDWIG TÖRÖK
in Budapest.

Infolge der Aufforderung der geschätzten Redaktion unternehme ich es, in den folgenden Zeilen die neueren Arbeiten, welche sich auf die Psorospermien der menschlichen Haut beziehen, soweit sie mir zugänglich waren, zu besprechen.

1. Das Epithelioma contagiosum.

Nach dem Erscheinen unserer Arbeit über das Epithelioma contagiosum (*Monatshefte f. prakt. Derm.*, 1890, No. 4) haben wir (TÖRÖK und TOMMASOLI) in einer Korrespondenz an die *Annales* den Standpunkt, den wir den als Parasiten gedeuteten Gebilden dieser Geschwulst gegenüber einnehmen, nochmals präzisiert. Wir erklärten, daſs wir uns, so lange man keine unzweideutigen Zeichen des Lebens, Bewegungserscheinungen oder Zeichen einer Proliferation an diesen Gebilden wahrgenommen hat, nicht bewogen fühlen können, dieselben als tierische Schmarotzer anzuerkennen. Würden ähnliche Beobachtungen gemacht werden, dann würden diese beweisen, daſs jene Gebilde trotz ihrer kolloidartigen chemischen Eigenschaften Lebewesen sind und daſs sie trotz der chemischen und morphologischen Differenzen in die Klasse der Coccidien oder in eine benachbarte einzureihen seien. Nach dem Stande unserer gegenwärtigen Kenntnisse aber müſsten wir sie, gestützt auf eben diese chemischen und morphologischen Differenzen, sowie auf den Mangel von Lebenserscheinungen, für das Produkt einer Zelldegeneration betrachten, welche der kolloiden

[18] VON ZIEMSSEN, *Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie*. XIV. Bd. 1. Hälfte. pag. 549—550.

am nächsten steht. Durch diese Ergebnisse blieb natürlicherweise das Faktum der Kontagiosität des Epithelioma contagiosum unberührt.

Einige Zeit nach dem Erscheinen unserer Arbeit publizierte STANZIALE seine Untersuchungen über das Epithelioma contagiosum, durch welche er zu ähnlichen Schlüssen über die Natur der Zelleinschlüsse desselben gelangte. Er betrachtet sie jedoch als aus Hornsubstanz bestehend.

In seinem auf dem deutschen Dermatologenkongreſs in Leipzig gehaltenen Referate über Psorospermosen beschäftigt sich NEISSER wieder mit dieser Frage, d. h. er versucht, den BOLLINGERschen Standpunkt gegen die neueren Arbeiten zu verteidigen. Es thut uns leid, konstatieren zu müssen, daſs der eminente Autor sein Talent bei dieser Gelegenheit bloſs dazu benutzt hat, unsere Ergebnisse zu verdrehen und uns einige Unliebenswürdigkeiten zu sagen. Nach der Lektüre des hierher bezüglichen Teiles dieses Referates scheint uns, daſs von den in dem ursprünglichen Artikel NEISSERS (*Viertelj. f. Derm. etc.*, 1888) enthaltenen Argumenten nicht einmal der folgende geharnischte Satz zu Gunsten der BOLLINGERschen Auffassung mehr bestehen bleibt: „Wer sich nicht **absichtlich** den mikroskopischen Bildern verschlieſst, und wer nicht **künstliche** oder **gekünstelte, unklare** Vorstellungen den durch **Beobachtungen, Thatsachen** und allgemein pathologische Lehren gestützten Erwägungen vorzieht, der muſs zugeben, daſs das sogenannte Molluscum contagiosum wirklich ein Epithelioma contagiosum, hervorgerufen durch einen der Klasse der Coccidien angehörigen Parasiten, ist.“ In seinem Leipziger Referate sagt nämlich NEISSER ganz jovial: „.... die Thatsache, daſs meiner Anschauung ein vollgültiger Beweis fehlt, will ich gerne zugeben, um so lieber, als ich das Vorhandensein eines Beweises nie behauptet hatte“; er erklärt nunmehr seine (BOLLINGERS) Auffassung bloſs für die „allen Gesichtspunkten entsprechendste, natürlichste, ungezwungenste“ unter allen Erklärungsversuchen. Später heiſst es sogar an einer Stelle, daſs „jede andere Deutung .... nicht besser gestützt ist als die meinige“ (sc. BOLLINGERsche). Es bedeuten diese Sätze jedenfalls eine Änderung der Tonart, welche uns jüngeren Dermatologen ebensoviel Vergnügen als Belehrung verschafft.

Man fragt sich nun, welches jene Erfahrungen und Thatsachen sind, deren absichtliches Auſserachtlassen uns den Weg zu der ungezwungensten und natürlichsten Erklärung versperrt. Der entferntere Umstand der Kontagiosität muſs, wie man wohl zugeben wird, von der Frage der Parasitennatur der fraglichen Gebilde getrennt werden. Denn der Träger des Kontagiums könnte doch ein noch unbekannter Parasit sein. Lebenserscheinungen fehlen, chemische Differenzen gegenüber dem Coccidium der Kaninchenleber sind nachgewiesen worden. Es blieben

also nur noch die morphologischen Eigenschaften der fraglichen Gebilde, ihr Entwickelungsgang, den wir in den Geschwulstzellen verfolgen können, welche durch den Vergleich mit reellen Zellschmarotzern in dem Falle der Kongruenz der ersteren mit den letzteren die BOLLINGERsche Ansicht einigermaſsen stützen könnten. Nun sagt aber NEISSER selbst in seinem Referat, daſs bei diesen Gebilden Charaktere fehlen, „wie sie bei anderen, sicheren Coccidien vorhanden sind, eine eigene Membran, ein deutlicher Zellkern.“ Er muſste daher die erste Hypothese durch die weitere Annahme stützen, daſs wir es hier vielleicht mit einer anderen Art von Psorospermien zu thun haben, denen diese morphologischen Eigenschaften fehlen. Er nimmt des weiteren ganz unvermittelt an, daſs die Verhornung der Wirtzellen Entwickelungshindernisse hervorrufe für den supponierten Parasiten, dessen Lebensbedingungen uns doch noch vollkommen unbekannt sind. Diese Hindernisse sollen aber noch gesteigert werden durch eine ganz absonderlich feste Membran, welche TÖRÖK und TOMMASOLI an den Zellen des Molluscums nachgewiesen haben.

Später heiſst es noch, dass hier „der Vorgang einer Zelldegeneration, die durchaus eigenartig ist, und eine Membranbildung an der Zellperipherie“ von T. und T. dargestellt wurde. Diese Veränderungen sollen nun nach NEISSER durch den intrazellulären Parasiten hervorgerufen werden. Mit Verlaub! TÖRÖK und TOMMASOLI haben keine Membran nachgewiesen; sie fanden die fraglichen Gebilde in den verhornten Epithelzellen nackt. Als Zelldegeneration haben T. und T. die von NEISSER als Parasiten gedeuteten Gebilde angesehen, und diese Gebilde waren es, und nicht eine Membran, die „ihresgleichen nicht hat“, welche eine so groſse Resistenz gegen chemische Agentien zeigten.

Der Autor selbst gesteht also zu, daſs die morphologischen Belege für seine Ansicht fehlen. Wir haben dies schon in unserer Korrespondenz (*Annales*) konstatiert. Aus dem eben Vorgetragenen können wir des weiteren ersehen, daſs auch jene Argumente, welche NEISSER aus den Resultaten der chemischen Untersuchungen von TÖRÖK und TOMMASOLI schmiedet, hinfällig sind. Ich will NEISSER keinesfalls Absichtlichkeit im falschen Zitieren unserer Resultate vorwerfen. Ich konstatiere bloſs seinen Irrtum.

In unserer ersten Arbeit über das Epithelioma contagiosum hatten wir (TOMMASOLI und TÖRÖK) unter anderem noch gesagt, daſs „der Umstand, daſs die jüngeren Parasiten in den tieferen Straten granulös sind, während die älteren sich immer homogener zeigen, — — auch ein Grund sei, welcher gegen die parasitäre Theorie spricht. Denn diese letzte Hypothese verlangt gerade das Gegenteil; sie verlangt nämlich, daſs die älteren Individuen eine Alteration zeigen, welche auf eine, wenn auch nur intendierte Vermehrung sich beziehen lieſse.“ Wir haben

nötig befunden, dies hervorzuheben, weil die Granula der tieferen Schichte von NEISSER als Sporen gedeutet wurden, demnach für Gebilde erklärt wurden, von denen jedes einzelne als Ausgangspunkt der Entwickelung je eines neuen Individuums zu betrachten wäre. Hier jedoch verschmelzen diese soi disant Sporen zu einer homogenen Masse. Wir können nicht einsehen, warum wir durch Konstatierung dieser Thatsache ein „unbilliges" und „fast (sic!) unlogisches" Verlangen gestellt hätten.[1] Auch waren wir im Suchen nach Zeichen der Proliferation viel bescheidener, als NEISSER uns zumutet. Wie der geschätzte Leser aus dem obigen Zitat ersehen kann, haben wir nichts weniger als die von NEISSER uns imputierte Absicht gehabt, intensive Vermehrungserscheinungen zu konstatieren.

Wir haben schon oben erwähnt, daſs die Behauptung NEISSERS, der feste Zellmantel behindere die Entwickelung des Parasiten, vorläufig nicht gestützt ist. Wir wollen aber noch hinzufügen, daſs der resistente Zellmantel in den tiefsten Schichten noch nicht vorhanden ist. Der Wunsch, Lebenserscheinungen zu sehen, dürfte daher wenigstens für diese Schichte von NEISSER als ein nicht „unbilliger" und nicht fast „unlogischer" anerkannt werden.

Wenn es nach alledem NEISSER scheint, daſs unter allen Psorospermosen gerade das Molluscum contagiosum diejenige Krankheit sei, bei welcher die Beweisführung am besten geglückt ist, so könnte dies eben nur ein Beweis sein dafür, daſs er in der Psorospermienfrage nicht allzu hohe Anforderungen an die Klarheit und Sicherheit der Beweisführung stellt. Ich kann das Letztere um so ruhiger behaupten, als NEISSER, wie schon erwähnt, am Anfang seiner „am besten geglückten" Beweisführung selbst erklärt, daſs für seine (BOLLINGERS) Anschauung ein vollgültiger Beweis fehlt, ja sogar sich dagegen verwahrt, je das Vorhandensein eines Beweises behauptet zu haben.

Eine in dem *Nordiskt medicinskt arkiv*, XXIV, I. fasc., Stockholm 1892, erschienene Arbeit von JOH. P. RITSCH, welche ich jedoch nur aus einem Referate EKLUNDS (*Journ. des mal. cut.* etc. 1892, No. 5, Bd. IV, 2. Serie) kenne, scheint die von mir in Gemeinschaft mit TOMMASOLI publizierten Ergebnisse vollinhaltlich zu bestätigen. RITSCH beschreibt die Bildung des Molluscumkörperchens in folgender Weise: In der Mitte der etwas angeschwollenen Epithelzelle zeigt sich eine mehr oder weniger rundliche Masse, welche gegen das übrige Protoplasma leicht gebuchtet

---

[1] Einen ähnlichen Standpunkt wie wir nimmt auch MARCHAND ein (X. internat. Kongreſs II, S. 117). Nach ihm entstehen die Körperchen des Molluscum contagiosum in dem Protoplasma neben dem Kern aus kleinen glänzenden Körperchen von hyaliner Beschaffenheit, welche durch Konfluenz allmählich die gröſseren Körperchen liefern. Jedenfalls scheint dies, seiner Meinung nach, viel mehr für einen degenerativen Vorgang, als für eine parasitäre Erscheinung zu sprechen.

erscheint; dieselbe besitzt weder eine Membran, noch irgend eine Spur von Kern. Diese Masse vergröfsert sich allmählich und verdrängt den Kern. Später wird diese intrazelluläre Masse solid und homogen. Manchmal ist diese Umwandlung nur eine partielle, und die Masse ist dann mit einer verschiedenen Anzahl homogener Körperchen verschiedener Gröfse erfüllt. Sie erweisen sich resistent gegen alle chemischen Reagentien, mit Ausnahme der kochenden Kalilauge, in welcher sie sich auflösen.

Gestützt auf seine morphologischen und chemischen Befunde weist er die Erklärung, welche NEISSER nach BOLLINGER gegeben, zurück und erklärt, dafs sich dieselbe teils auf unkorrekte, teils auf nicht konstatierbare Beobachtungen stützt. Alles spricht hingegen zu Gunsten einer kolloiden Degeneration.

Nach alledem weifs ich wirklich nicht, was man von dem homogenen ovalen Körper ohne deutliche Membran halten soll, welchen TOUTON (*Diskussion über Psorospermosenlehre.* Leipziger Dermatologen-Kongrefs 1891) „inmitten der grobkörnigen Masse der fremdartigen Einlagerung" beschreibt und als Kern des Schmarotzers anzusehen geneigt ist. Derselbe soll sich in den unteren Epithellagen neben dem beiseitegedrängten Kerne vorfinden. Der letztere Umstand, d. i. das Beiseitegedrängtsein des Kernes, scheint jedoch anzudeuten, dafs in den betreffenden Lagen die fremdartige Einlagerung nicht in ihren jüngsten Stadien beobachtet wurde, und es ist nicht unmöglich, dafs TOUTON ein Stadium des oben geschilderten Homogenisierungsprozesses beobachtete und als Kern zu deuten geneigt war. Es drängt sich diese Annahme um so eher auf, als an dem fraglichen homogenen Körper keine Membran nachzuweisen war.

Ich will TOUTON gegenüber noch hervorheben, dafs Lebenserscheinungen nicht nur in der Form von Bewegung und Gestaltveränderung, sondern auch, und zwar hauptsächlich in der Form von Proliferationsvorgängen gesucht wurden, und zwar, um damit einen unzweideutigen positiven Beweis dafür zu erbringen, dafs wir es hier mit Lebewesen zu thun hätten. Dieser konnte aber nicht erbracht werden, und es gewannen daher neben diesem die übrigen Argumente gegen die Parasitennatur der fraglichen Gebilde an Wert.

Dem gegenüber, was TOUTON über die ausgeführten chemischen Reaktionen sagt, kann ich nur wiederholen, was mein Freund TOMMASOLI und ich in den *Annales* auf einen ähnlichen Vorwurf DARIERS geantwortet haben. Es wurden nämlich nicht blofs die älteren Gebilde untersucht, welche den konzentrierter Schwefelsäure widerstehenden „enzystierten Tieren" BÜTSCHLIS entsprechen sollen, sondern gerade mit grofser Aufmerksamkeit auch die jüngsten Exemplare. Es wurde des weiteren ein grofses Gewicht darauf gelegt, dafs sowohl die älteren als auch die jüngsten Gebilde sich

chemisch ganz ausserordentlich von dem Coccidium der Kaninchenleber unterscheiden. Das Gegenargument TOUTONS erscheint daher ganz hinfällig.

Für die Parasitennatur der Gebilde spricht also bisher nach reiflicher Abwägung der Argumente und Befunde eigentlich nichts. Denn der oben zitierte Satz aus der früheren Publikation NEISSERS kann doch nicht gut als Beweis gelten, hat auch nicht die späteren Autoren eingeschüchtert, gegen den von NEISSER okkupierten BOLLINGERschen Standpunkt auf Grund ihrer Untersuchungen aufzutreten. Und auch der Umstand, dafs man uns auf spätere, vergleichende Untersuchungen vertröstet, welche Sicherheit bringen sollen, kann kaum als überzeugendes Argument für die parasitäre Theorie figurieren.

Der Mangel an Lebenserscheinungen, die Morphologie der fraglichen Körper, ihre chemischen Eigenschaften sprechen hingegen dafür, dafs wir es hier mit einer kolloiden oder kolloidoiden Substanz zu thun haben. Dafs aber epitheliales Gewebe Kolloidsubstanz produzieren kann, ist doch bekannt. Man denke nur an die Schilddrüse. Aber selbst an den Abkömmlingen des äufseren Keimblattes, an den Oberhautepithelien, kennen wir Beispiele, dafs eine ähnliche Substanz aus Epithelzellen hervorgehe. Ich verweise diesbezüglich auf das Hydradenoma (Syringocystadenom, Colloidmilium etc.), welches DARIER, JACQUET, QUINQUAUD, PHILIPPSON und ich beschrieben haben. Steht es aber fest, dafs eine kolloidähnliche Substanz auch in anderen Fällen von den Epithelzellen der Haut produziert wird, dann kann die Thatsache, dafs dies beim Epithelioma contagiosum in eigenartiger Weise vor sich geht, nicht gegen die Degenerationstheorie einnehmen, und zwar um so weniger, als die oben erwähnten Umstände laut zu Gunsten der letzteren sprechen.

Litteratur.

TÖRÖK und TOMMASOLI. *Annales de Dermatologie.* 1890. I. No. 5.

STANZIALE. *Giorn. internaz. d. sc. med.* 1890. No. 9, ref. *Archiv f. Derm.* 1891. 2. Heft.

NEISSER. *Verhandl. der deutsch. derm. Gesellsch.* Leipzig. 1891.

TOUTON. Ebenda.

MARCHAND. *X. intern. med. Kongrefs Berlin.* II. Bd., S. 117.

JOH. P. RITSCH. *Nord. medicinskt arkiv.* XXIV. 1892. Ref. *Journ. des mal. cut.* etc 1892, No. 5.

(Fortsetzung folgt.)

Über eine epidemisch auftretende Hautkrankheit,

welche einige Ähnlichkeit mit Ekzem und Pityriasis rubra darbot und während des Sommers und Herbstes 1891 hauptsächlich in dem westlichen Teile von London auftrat.

Von

THOMAS D. SAVILL, M. D. Lond., D. P. H. Camb.,
Medical Superintendent of the Paddington Infirmary, London.

(Fortsetzung.)

Bakteriologie und Auftreten des Leidens bei Tieren.

Im *British Medical Journal* vom 9. Januar findet sich ein Bericht über einige Experimente, welche ich im Laboratorium von Herrn Professor KLEIN während des Grassierens der Epidemie vornehmen konnte. Es wurden Präparate vom Blute und den Geweben der Patienten sowohl intra vitam als auch nach dem Tode entnommen und zur Untersuchung aufgehoben.[14] Da das Sekret und die Schuppen sich wahrscheinlicherweise weniger gut halten würden, so wandte ich meine Aufmerksamkeit zunächst diesen zu. Außer der Untersuchung der Schuppen sowohl unterm Mikroskop als auch auf verschiedenen Nährböden wurde das Exsudat nach vorheriger Desinfektion der Haut und nach Absonderung einer frischen Menge Sekretes ebenfalls untersucht. Einmal gelang es mir auch, aus einem unverletzten Bläschen Serum zu gewinnen.

Diese Experimente ergaben, soweit sie fortgesetzt wurden, das konstante Vorhandensein eines Mikroben mit den gleich zu schildernden Eigenschaften im Serum und Exsudat der an der Krankheit leidenden Patienten. Dieser Mikroorganismus ist ein aërober Diplokokkus, welcher auf allen Nährböden wächst und Gelatine nicht verflüssigt, oder wenigstens nicht innerhalb einer ziemlich beträchtlichen Zeit. Die Kulturen haben ein weißliches, durchscheinendes Aussehen wie eine dünne Lage bläulichweißer Farbe, dabei eine halbmondförmige Kontur, und sie brauchen in der erwärmten Kammer zwei bis drei, in der kalten fünf bis sechs Tage, um auszuwachsen.[15] Der Organismus hat eine gewisse Ähnlichkeit mit Staphylococcus albus, unterscheidet sich aber von diesem dadurch, daß er Gelatine nicht verflüssigt, und durch einige weniger wichtige Eigenschaften.

---

[14] Dr. J. RISIEN RUSSELL war so freundlich, dieselbe vorzunehmen, und es werden seine Resultate in einer der nächsten Nummern dieser Zeitschrift mitgeteilt werden.

[15] Leider wurden in dem im *Brit. med. Journ.* abgedruckten Bericht (loc. cit., pag. 61) diese Zeiträume gerade verwechselt.

Es gewährte eine unleugbare Befriedigung, zu finden, daſs Dr. Russells vollkommen selbständig ausgeführte Untersuchungen ganz den identischen Organismus im Blute, der Haut und anderen Geweben nachwiesen. Schritt für Schritt kam er zu ganz gleichen Schlüssen.

Jetzt erheischen die pathogenen Eigenschaften dieses Mikrobions weitere Untersuchung. Bisher ist das Leiden nur zweimal auf Tiere übertragen worden. Mein kleiner Hund acquirierte eine unzweifelhafte Attacke der Affektion. Derselbe pflegt mit mir täglich die Runde auf allen Sälen zu machen, und als die Epidemie in ihrer Ausbreitung begriffen war, wurde sein Rücken rot, stellenweise etwas sezernierend und juckte heftig. Er war sehr durstig, nachts unruhig und verfiel oft ohne Grund in anfallsweises Keuchen. Nach etwa acht Tagen erholte er sich, und alsdann fielen die Haare in groſsen Mengen aus.

Der andere Fall betraf ein Kaninchen, das von Dr. Klein mit einer Reinkultur zweiter Züchtung, die aus dem erwähnten (Fall M. V.)[16] unverletzten Bläschen gewonnen wurde, geimpft worden war. Zwei Tage lang bot das Tier keine Zeichen dar, aber am 5. Tage wurden die Ohren und einige Teile des Rumpfes deutlich schuppig und rot. Dies lieſs am elften Tage etwas nach, und das Tier schien die ganze Zeit keine Störung seiner Gesundheit erlitten zu haben. Am zwölften Tage starb es ohne erkennbare Ursache. Präparate vom Blute und den Schuppen wurden, hermetisch verschlossen, aufgehoben. Späterhin züchtete Dr. Russell aus ihnen verschiedene Reinkulturen des charakteristischen Diplokokkus, welche in jeder Beziehung mit den von den eigentlichen Patienten gewonnenen Kulturen übereinstimmten.

Anatomie

Das Wesentliche bei dieser Affektion ist eine Entzündung des Derma, eine Dermatitis. Nach dem Tode fand sich keine andere spezielle pathologische Veränderung. Die mikroskopische und anderweite Untersuchung ergiebt einen beträchtlichen Erguſs von Flüssigkeit und Zellen zwischen der Cutis und der Epidermis; die Folge hiervon ist, daſs letztere in Gestalt von Fetzen, Schuppen oder Puder abgehoben wird. Es schien immer, daſs bei allzu groſser Dicke der Epidermis und daraus resultierendem, bedeutendem Widerstand gegen das Aufwärtsstreben, woraus die Unmöglichkeit für die Flüssigkeit entstand, sich um die Papillen zu Bläschen anzusammeln, daſs alsdann die Bläschenbildung ausblieb und auf der Oberfläche kein Sekret sichtbar wurde. Trotzdem war Exsudat vorhanden und konnte auch, wie bereits hervorgehoben wurde, mit Hülfe einer einfachen Lupe auf der unteren Fläche der

[16] Bezieht sich auf die Nummer der Fälle am Ende dieses Aufsatzes.

Fetzen nachgewiesen werden. Unter solchen Umständen nahm dasselbe einen lateralen Verlauf unterhalb der Epidermis her und führte zur Ablösung von Fetzen gröfseren Umfangs. Dies trat gewöhnlich in der Haut des Handtellers ein, wo die Epidermis verhältnismäfsig dick ist und auch, wenn auch in geringerem Grade im allgemeinen bei alten Leuten, bei denen die Oberhaut dicker ist als in der Kindheit, trotzdem die eigentliche Cutis atrophisch ist.

Dieses giebt, wie ich annehmen möchte, die Erklärung, weshalb die „trockene" Form die Neigung hatte, unter den alten Leuten vorzuherrschen, während die „feuchte" Abart unter den im mittleren Lebensalter stehenden Patienten am meisten vertreten war; denn unter den daraufhin beobachteten 89 männlichen Personen betrug das Durchschnittsalter unter den „trockenen" Fällen 72 Jahre und dasjenige unter den „feuchten" Fällen 60, während das Durchschnittsalter unter allen diesen 89 Männern zusammen 63,6 betrug. Trotzdem sind beide Formen offenbar das Resultat einer und derselben pathologischen Veränderung.

Die Veränderungen in der Cutis bestanden während der Anfangsstadien aus einer grofsen Überzahl von Leukozyten; in den späteren Stadien fand sich ein beträchtliches Übermafs von fibrösem Gewebe.

Bei den tödlich verlaufenden Fällen, soweit eine Autopsie ausgeführt werden konnte, fand sich meistenteils eine intensive hypostatische Hyperämie der Lungen; aber da der Tod entweder unter den Erscheinungen der Erschöpfung (bei den meisten) oder im Koma erfolgte, so ist dieser Befund eher als Bestandteil der letzteren Verhältnisse denn als eine der Krankheit eigentümliche pathologische Veränderung anzusehen.

Schlufsfolgerungen und Bemerkungen über das Wesen der Krankheit.

In allen den vorhergehenden Ausführungen habe ich mich bemüht, ein wahres Bild von den Thatsachen bei dieser seltenen Epidemie zu entwerfen; jetzt zum Schlusse aber möchte es angezeigt sein, danach zu forschen, welche Schlufsfolgerungen aus diesen Thatsachen gezogen werden können, und welche Lehren man daraus ziehen kann.

Erstens nun, wenn zugegeben wird, dafs alle diese Fälle die Folgen einer einzigen pathologischen Ursache sind — eines direkten Agens oder Einflusses — so ist es interessant, zu beobachten, wie von einem einzigen krankmachenden Agens höchst verschiedene Erscheinungen unter den verschiedenen Umständen und bei den verschiedenen Individuen hervorgerufen werden können. Heutzutage scheint im allgemeinen die Neigung vorzuherrschen, dafs man die alten Krankheiten je in zwei oder mehrere Abarten zerspalten und analysieren will. Hier jedoch ist der Vorgang ein gerade entgegengesetzter; denn die angeführten Thatsachen

deuten entschieden darauf hin, dafs die zwei Zustände, Ekzem und Pityriasis rubra, identisch sind.

Demnächst müssen wir fragen: Was ist das Wesen dieses ungewöhnlichen Ausbruchs? Von vornherein wünsche ich mein lebhaftes Bedauern darüber auszusprechen, dafs nicht ein befähigterer und erfahrener Arzt als ich selber Gelegenheit hatte, diese Fälle während ihres ganzen Verlaufs täglich zu beobachten; oder dafs nicht wenigstens eine Kommission von irgend einer gelehrten Gesellschaft ernannt wurde, um frühzeitig alle Verhältnisse genau zu erforschen.

Die verschiedenen in Erwägung gezogenen Theorien kann man, deucht mir, in drei Gruppen einteilen. 1. Handelt es sich hier um eine alte Krankheit wie Ekzem oder Pityriasis rubra, die unter einer neuen und epidemischen Form auftritt? 2. Handelt es sich um eine zusammengesetzte Krankheit wie septisches Ekzem, Scharlachekzem oder erysipelatöses Ekzem? 3. Ist die Krankheit überhaupt eine neue, die nie zuvor bei uns aufgetreten ist?

Von hervorragenden Autoritäten[17] ist geäufsert worden, dafs bei dieser Krankheit eigentlich nichts so sehr Neues zu konstatieren sei, mit Ausnahme des Auftretens einer so grofsen Anzahl von Fällen an einer einzigen Stelle, und dafs dieser letzte Umstand sich daraus erkläre, dafs ebensoviele alte und kranke Leute sich beisammen fanden. Mit allem Respekt möchte ich hervorheben, dafs erstens das Vorhandensein von 163 Fällen zu einer und derselben Zeit und am selben Ort bei einer Krankheit, die bisher nicht für kontagiös gegolten hat, an sich schon hinreichend neu und überraschend ist; und zweitens, dafs schon vom Jahre 1867 an die Hospitäler der Armenhäuser die kranken, alten Leute Londons beherbergt haben, und doch eine ähnliche Epidemie nie vorher sich ereignet hat. Das durchschnittliche Alter der Insassen des Paddington Infirmary ist wahrscheinlich geringer als irgend ein anderes, weil die meisten Siechen ausgelesen und dem angrenzenden Lazarett des Arbeitshauses zugewiesen werden; und doch wird gerade dieses Hospital als Feld für die hauptsächliche Äufserung der Krankheit ausgesucht! Überdies war die Krankheit auch keineswegs auf die Kranken und Betagten beschränkt; auch Patienten im besten Mannesalter und bei bester Gesundheit, wie M. XXV, M. XXXI, M. XXXIII, M. LIV und andere, die wegen unbedeutender Krankheiten aufgenommen worden waren, akquirierten bald nach der Aufnahme höchst intensive Anfälle, und einer unter ihnen, der erst neunundvierzig Jahre alt war, erlag derselben.

Herr Malcolm Morris[18] hat die wertvolle Vermutung geäufsert, dafs

---

[17] Z. B. Herr Jonathan Hutchinson, *Archives of Surgery*. Oktober 1891 und Januar 1892.

[18] Diskussion in der Harveian Society, 7. Januar 1892. (vide *Lancet*, 12. Jan. 1892.)

es sich hierbei um **kontagiöses Ekzem** handle, das infolge des Alters und der Hinfälligkeit der Patienten die ernstere, letale Form der Pityriasis rubra annehme. Aber eine derartige Theorie erklärt nicht den definitiven Verlauf, den die Krankheit gewöhnlich nahm, noch auch die anderen Erscheinungen der Epidemie, namentlich nicht die soeben erwähnten und andere von ähnlicher Art. Überdies müſste die Affektion, wenn es sich hierbei um irgend eine Abart von Ekzem handelt, sich den Gesetzen dieser Krankheit anpassen. Aber dies geschieht nicht; denn Kinder waren fast immun; die meisten gichtischen Patienten, welche ergriffen wurden (z. B. M. XXIX), hatten die Krankheit in milder Form; und mehrere gichtische Individuen entgingen derselben vollständig. Fälle M. I. und M. V. hatten akutes, universelles Ekzem und erholten sich davon wieder; als sie aber die kontagiöse Dermatitis akquirierten, starben sie; andere Patienten (z. B. M. I, IV und XII) hatten beide Krankheiten nacheinander und kamen doch wieder davon; alle diese Fälle zeigten deutlich den Unterschied zwischen den beiden Krankheiten dadurch, daſs sie beide an denselben Personen zur Beobachtung kamen.

Die Unterschiede zwischen der in Rede stehenden Krankheit und Ekzem und Pityriasis rubra sind im Hauptteil dieser Abhandlung angedeutet worden, und es scheint mir in der That schwer, alle die Eigentümlichkeiten der Epidemie in Übereinstimmung mit denselben zu bringen, oder auch mit irgend einer bisher bekannten Krankheit. Dr. LEES[19], auf dessen Abteilung im St. Mary's Hospital vier Fälle (einer mit tödlichem Ausgang) vorkamen, schreibt, „was diese Krankheit auch immer sein mag, jedenfalls ist sie nicht Eczema"; und Dr. STEPHEN MACKENZIE[20] hat sich dahin geäuſsert, daſs seiner Erfahrung nach diese Epidemie als ein Unikum zu erachten sei.

Betrachten wir nunmehr die zweite Frage, ob das Leiden ein zusammengesetztes sei. Die Vermutung, daſs es Ekzem im Verein mit einem septischen Element sein könne, findet vielleicht eine Stütze in dem Auftreten der Furunkel und Bubonen, an denen einige der Patienten erkrankten.

Für **skarlatinöses Ekzem** spricht die hochgradige Desquamation, das konstante und pathognomonische Symptom bei allen Fällen, das in einer Ausdehnung vorkam, wie solches sonst nur beim Scharlach und bei Pityriasis rubra sich findet. Bei einem mir von Herrn TURNER vom Western General Dispensary mitgeteilten Fall, den er mir freundlichst zur Beobachtung überwies, traf es sich, daſs das Kind des betreffenden Patienten an Scharlach erkrankte und isoliert wurde gerade um die Zeit,

---

[19] *Lancet*, 15. August 1891.
[20] Diskussion in der Medical Society, 30. November 1891.

als der Vater, ein etwa 35jähriger Mann, an der kontagiösen Dermatitis erkrankte.[21] Aber das ganz gewöhnliche Fehlen von Fieber und die Immunität von jüngeren Personen genügen fast an sich schon um diese Vermutung zu negieren.

Daſs die Krankheit erysipelatöses Ekzem war, ist die von Herrn HUTCHINSON[22] und Herrn STARTIN[23] bevorzugte Anschauung und hat auch vieles für sich; dabei tritt aber wieder die schwer zu beseitigende Schwierigkeit des meistenteils allmählichen Einsetzens und das Fehlen des Fiebers uns entgegen. Jede dieser Vermutungen läſst sich verteidigen. Die Beweise für oder gegen werden wahrscheinlich einen Teil des zu erwartenden histologischen Berichtes ausmachen. Daſs gemischte Krankheiten sich entwickeln können, scheint durchaus nicht unwahrscheinlich; vielmehr erscheint dies zu einer richtigen Auffassung der Entwickelung der Arten fast unentbehrlich. Aber wenn dieses die richtige Erklärung sein mag, so ist das Leiden wenigstens insofern ein neues, wenn es auch thatsächlich als ein gemischtes sich erweisen sollte.[24]

Ob diese Krankheit in anderen Ländern bereits beobachtet worden ist und nur in England neu erscheint, ist eine Frage, zu deren Lösung weitere Mitteilungen notwendig sind.

Vorläufig tritt uns hier folgende Frage zur Beantwortung entgegen: Handelt es sich hier um eine lokale Erkrankung, welche in ihrer weiteren Entwickelung zu konstitutionellen, allgemeinen Störungen führt, oder um eine konstitutionelle Krankheit, welche sekundäre, lokale Wirkungen bedingt? Diese Frage beschäftigte mich fortwährend, und anfangs schien es mir, als ob die eine Auffassung den Schlüssel zu der einen Reihe gebe und die andere Theorie zu der anderen Gruppe. Zuletzt wurde aber der Grund für diesen Mangel an Übereinstimmung klar. Es kam ganz darauf an, in welchem Stadium sich der zur Beobachtung gelangende Fall befand. Die Mehrzahl der Fälle begann mit einem unbedeutenden Exanthem, das einige Tage später allmählich verblaſste, dann aber exazerbierte und mit verdoppelter Kraft losbrach. Während dieses einleitenden Stadiums war der Ausschlag gewöhnlich asymmetrisch, und die konstitutionellen Erscheinungen waren nur gering oder fehlten ganz; hatte sich dagegen das Leiden vollständig entwickelt, so war der Ausschlag symmetrisch, und das Allgemeinbefinden war deutlich gestört. Ich habe bereits oben (Seite 73 ante) meine Ansicht begründet, daſs die Krankheit durch

---

[21] Der Patient wurde in der Harveian Society am 17. Januar 1892 vorgestellt.
[22] *Archives of Surgery*. January 1892, pag. 222.
[23] Diskussion in der Medical Society, 30. November 1891.
[24] Auf diese Frage wird auch in einem Vortrag von Herrn HUTCHINSON, On the Laws of Contagion from a Clinical Standpoint, *Medical Chronicle*, November 1891, hingewiesen.

einen Mikroorganismus bedingt sei, welcher, auf der Haut sich niederlassend, dort eine Entzündung hervorruft und auf diese Weise ins Blut eindringt. Somit hätten wir hier eine weitere, mit dieser Hypothese übereinstimmende Thatsache, denn während des prodromalen Stadiums, zur Zeit, da der Mikroorganismus nur eine lokale Entzündung bewirkt, verhält sich auch die eigentliche Krankheit nur wie eine lokale Störung; nachher aber, nachdem der Mikroorganismus ins Blut eingedrungen ist, findet ein frischer Ausbruch statt und schreitet mit verdoppelter Kraft fort, wobei die Erscheinungen mit denen einer konstitutionellen Krankheit übereinstimmen, welche durch die Anwesenheit eines Giftes im Blute bedingt ist und sich durch sekundäre symmetrische lokale Läsionen an der Haut äufsert. Diese Hypothese scheint mir die Symptome bei allen Fällen hinreichend zu erklären. Diejenigen, bei denen das Initialstadium fehlte, waren von Anfang an symmetrisch, und die allgemeinen Störungen machten sich von vornherein bemerkbar, bei einigen Kranken sogar schon vor dem Hervortreten des Ausschlags. Bei diesen hatte offenbar der Mikroorganismus auf irgend eine Weise (vielleicht vom Intestinalkanal aus bei den Fällen M. XI, XXXV und XXXVIII) direkte Aufnahme ins Blut gefunden. Der absolute, experimentelle Beweis für diese Hypothese würde durch das konstante Vorkommen des charakteristischen Diplokokkus in der Haut und dem Exsudate gegeben sein, wobei derselbe während des Initialstadiums im Blute und den inneren Organen sich nicht finden dürfte; ferner müfste derselbe bei völlig entwickelter Krankheit sowohl in der Haut als auch im Blute gleichmäfsig konstant vorkommen. Die klinische Illustration hierzu ist durch den Fall M. II. und noch viele andere gegeben; ja, fast alle Fälle bieten Erscheinungen dar, welche ohne diese Hypothese schwer zu erklären sind.

Die Nosologie der Krankheit.

Aus Mangel an einem anderen Namen möchte ich die Bezeichnung Dermatitis exfoliativa epidemica („Exfoliative Epidemic Dermatitis") für diese Krankheit vorschlagen. Es sind damit wenigstens die auffälligsten Symptome beschrieben, ohne dafs man sich zu irgend einer Theorie verpflichtet; andererseits kann allerdings dagegen geltend gemacht werden, dafs dieser Ausdruck keine genügende Unterscheidung von anderen schuppenden Erkrankungen bezeichnet. In den Krankenhausjournalen wurde das Leiden wegen des durch die ersten Symptome bedingten Eindrucks als „Epidemic Eczema" geführt, und später wurde dieser Ausdruck zur Vermeidung von Verwechselungen auch weiterhin beibehalten.

Ich möchte Herrn Dr. Colcott Fox darin beipflichten, dafs diese Krankheit im allgemeinen der Ekzemgruppe angehört, obgleich die meisten

Fälle sich in der bereits angegebenen Weise von dem gewöhnlichen Typus jenes Leidens unterschieden (pag. 63 ante). Fall M. XXII und einige andere boten ihrer physikalischen Beschaffenheit nach eine sehr genaue Übereinstimmung mit akutem, vesikulösem Ekzem dar; aber auch bei diesen geben der zyklische Verlauf, die hochgradige konstitutionelle Störung und die Vorliebe für das höhere Alter wichtige Unterscheidungsmerkmale ab.

Was die Beziehungen zur Pityriasis rubra betrifft, so hat man hierbei mit der Schwierigkeit zu thun, daſs dieser Ausdruck sowohl eine Affektion sui generis als auch die Endstadien anderer Krankheiten bezeichnet, so z. B. von Psoriasis, Lichen ruber u. s. w., wenn dieselben allgemein werden und zur Abschuppung führen. Das pathognomonische Symptom der Exfoliation, das sich bei allen Fällen vorfand, bedingt eine fast engere Beziehung mit diesem letzteren Begriff als mit Ekzem, aber auf der anderen Seite ergeben das Vorhandensein der Infiltration und der definitive Verlauf einen ausgesprochenen Unterschied.

Es wird von groſser Wichtigkeit sein, zu erfahren, ob der von Dr. Russell und von mir bei diesen Fällen beobachtete Mikroorganismus sich auch bei Kranken mit den beiden ebengenannten Affektionen vorfindet.

Kasuistik der epidemischen Hautkrankheit.

I. Fälle vom Paddington Infirmary.

Im folgenden gebe ich eine Übersicht der Hauptdata aus den Krankengeschichten derjenigen Fälle, welche irgend etwas besonders Interessantes darbieten. Es wird mir ein groſses Vergnügen sein, die ausführlichen Notizen vorzulegen, welche am Krankenbette von meinen Kollegen Herrn Dr. Hugo und Fräulein Benson und mir selber aufgenommen wurden; ebenso die Zeichnungen, Photographien, Epidermisschuppen, pathologische und bakteriologische Präparate, aber es wäre offenbar lästig und überflüssig, diese Zeitschrift mit weitschweifigen und oftmals irrelevanten Details zu beschweren; es werden deshalb auch Fälle des gewöhnlichen Typus, welche nichts Besonderes darbieten, hierbei gänzlich fortgelassen werden. Die mitgeteilten Fälle sind mehr oder weniger in chronologischer Reihenfolge je nach dem Datum des Ausbruchs des Leidens angeführt; die früheren Fälle sind weniger interessant und wichtig als die späteren. Die wichtigsten Momente bei jedem einzelnen Falle sind durch gesperrte Schrift hervorgehoben. Soviel wie möglich habe ich es vermieden, die aus den Notizen zu ziehenden Schlüsse noch besonders zu erwähnen. Von den mit einem Sternchen (*) versehenen Fällen wurden Photographien angefertigt, welche auf Wunsch vom Verfasser bezogen werden können.

Männliche Fälle des New Infirmary.

* Fall M. I.— P. R., 70 Jahre alt[25], Schneider, wurde auf Abteilung VI, Bett 4, am 1. Januar 1891 aufgenommen mit linksseitiger Hemiplegie und einer intensiven Verbrennung an dem gelähmten Beine. Einige Tage zuvor hatte er einen „Anfall“ („a fit“) gehabt, wobei die Lähmung sich eingestellt hatte, und zur selben Zeit hatte er sein Bein am Kamin verbrannt. Das gangränöse Stück löste sich ab, und die Verbrennung heilte in regelrechtem Verlaufe zu. Am 14. März stellte sich bei ihm ein Anfall ein, der in allen Beziehungen einem akuten generellen Ekzem glich; dasselbe fing auf dem Rücken an und überlief mit großer Schnelligkeit den ganzen Körper. Um die Mitte des Juli war dies beinahe abgeheilt, aber am 28. Juli entstand ein mehr trockener Ausschlag, von beträchtlicherer Verdickung der Haut begleitet, zunächst auf dem Rücken, dann aber auf dem Abdomen, dem Gesicht, dem Kopf und in kurzer Zeit überall am ganzen Körper. Die Affektion fing an in Gestalt eines papulösen Ausschlags und ging dann in Abschuppung über, ohne irgendwo ein bedeutenderes Exsudat hervorzurufen. Das in der sechsten Krankheitswoche aufgenommene Photogramm läßt die intensive Abschuppung des Integuments und an einigen Stellen eine Verdickung desselben erkennen. Letztere hatte indessen um diese Zeit schon angefangen sich zurückzubilden. Es bestand ein intensiver Juckreiz und gelegentlich auch Kältegefühl. Die Temperatur war mit wenigen Ausnahmen normal oder subnormal. Späterhin stellte sich eine Konsolidierung der Lunge ein, von der er sich jedoch erholte. Er starb schließlich in einem komatösen Zustand mit Urinverhaltung. Die Temperatur war an den sieben letzten Tagen seines Lebens des Morgens subnormal. Dauer des Ausschlags beinahe zwölf Wochen. Die Allgemeinerscheinungen bestanden in diesem Falle in hochgradiger Anorexie, welche derartig war, daß es die größte Schwierigkeit bereitete, dem Patienten sogar flüssige Nahrung beizubringen, und ferner in allmählich zunehmender Hinfälligkeit, die es ihm fast unmöglich machte, auch nur ein Glied zu bewegen. Gegen das Lebensende war die Respiration erheblich beeinträchtigt, und der Subsultus tendinum war sehr prononziert. Zu erwähnen ist noch, daß beide Seiten des Körpers trotz der bestehenden linksseitigen Hemiparese gleichmäßig von dem Ausschlag ergriffen waren.

Therapie: Innerlich Chinin, Stimulantien, Ammonium benzoicum. Er erholte sich sichtlich, als ihm Whisky verordnet wurde. Äußerlich Zinksalbe, Galmeilösung, Kreolin, Vaselin. Deutliche Wirkung bei keinem dieser Mittel.

Bei der Autopsie, neunzehn Stunden post mortem, fanden sich an beiden Lungen die Erscheinungen der Pneumonie. Die Nieren waren für sein Alter leidlich groß. Die Zunge war intra vitam stets wund, trocken, glänzend gewesen, aber es hatte weder Erbrechen noch Durchfall bestanden; trotzdem zeigte der Verdauungskanal nach dem Tode ausgesprochene Zeichen der Krankheit in Gestalt hämorrhagischer Extravasate im Magen und längs des Dünndarms.

Ferner fand sich auf der Schleimhaut, ungefähr von der Mitte des Ileum abwärts bis zum Dickdarm, ein lederartiges Häutchen, welches entschieden auf eine Desquamation des Epithels hinwies, in Analogie zu der auf der Epidermis stattfindenden Abschuppung. Die Schleimhaut selbst war ebenfalls etwas verdickt.

Epikrise. — Dieser Fall zeigte uns an einem und demselben Patienten den Unterschied zwischen akutem, universellem Ekzem und der epidemischen

---

[25] Ausführlich beschrieben im *Brit. med. Journ.*, 5. Dezember 1891, pag. 1199. In der sechsten Krankheitswoche wurde eine Photographie aufgenommen und kann vom Verfasser bezogen werden.

Dermatitis, indem der Patient zu verschiedenen Zeiten von diesen beiden Affektionen befallen wurde. Bei diesem Falle war ferner sowohl die innere wie die äufsere Oberfläche des Körpers von der Hautentzündung ergriffen; mit einem Worte, sämtliche Bestandteile des Epiderms.

Fall M. II. — William B., 73 Jahre alt, Gärtner, wurde auf Saal VIII, Bett 8, am 13. April 1891 wegen Erkrankung des Herzens und der Gefäſse aufgenommen und starb am 14. September 1891. Es lieſs sich keine vorherige Hautkrankheit, Gicht oder andere prädisponierende Ursache nachweisen. Im Mai war er den ganzen Tag auſser Bett und bewegte sich frei umher, aber in der zweiten Hälfte dieses Monats stellte sich auf den Armen und Beinen ein trockener „ekzematöser" Ausschlag[26] ein. Derselbe blieb etwa acht Wochen unverändert und verschwand dann wieder, ohne jemals konstitutionelle Störungen hervorgerufen zu haben; sehr bald nachher jedoch, am 28. Juli, kehrte der Ausschlag wieder, befiel andere Teile, wurde viel intensiver, war stellenweise purpuraartig, bewirkte eine ausgedehnte Desquamation und verschwand erst wieder, nachdem der ganze Körper ergriffen worden war. Dieses Mal bestand eine erhebliche Verminderung des Appetits und Hinfälligkeit, so daſs er beinahe wieder bettlägerig wurde. Wiederum erholte er sich, aber im August trat wieder ein Rezidiv ein, und es war fast der ganze Körper gleichzeitig ergriffen von einem anfangs diskreten papulösen Ausschlag, der nachher einen erythematös-papulösen Charakter annahm und mit erheblicher Hautverdickung einherging, was bei den beiden vorherigen Attacken nicht der Fall gewesen war.

Im weiteren Verlauf entwickelte sich eine ausgedehnte Abschuppung, stellenweise mit Entwickelung von Vesiculae und Exsudat verbunden. Seine Haare fielen aus, die Nägel wurden affiziert, der Appetit ging fort, und die Hinfälligkeit war intensiv. Die karmoisinrote Haut war von Epidermis entblöſst, die Augen waren hochgradig entzündet, und wir erkannten aus den fibrillären Muskelzuckungen und der erschwerten Respiration beim Fehlen eigentlicher Lungensymptome sowie aus der niedrigen Temperatur, daſs das Ende herannahte.

Der Ausschlag war beinahe wieder geheilt, als dieser Kranke starb. Der letale Ausgang war die Folge der enormen Hinfälligkeit. Derselbe trat ziemlich plötzlich ein und wurde schlieſslich durch Herzschwäche herbeigeführt, wobei das Sensorium bis ganz zuletzt klar blieb.

Autopsie zwölf Stunden post mortem. Alle mittelgroſse und kleinere Arterien mit Ausnahme derjenigen des Gehirns waren erheblich verdickt. Das Herz wog 19 Unzen (ca. 535 g), und die Wände waren dicker als normal, die Höhlen dilatiert und die Substanz degeneriert; genügende Erklärung für den plötzlichen Tod. Lungen hyperämisch, Milz normal; Nieren wogen ca. 127 und 141 g.

Wie der vorherige, war auch dieser Patient, wie es schien, von einem plötzlichen Anfalle von akutem, allgemeinem Ekzem mit nachfolgender hochgradiger, epidemischer Dermatitis ergriffen worden; letztere unterschied sich durch die ausgedehnte Verdickung der Haut, die komplizierende Purpura und die Schwere der allgemeinen Erkrankung, welche zum Tode führte. Der Fall dient zur Beleuchtung der Unterschiede zwischen den beiden Krankheiten.

Fall M. III. — Alfred P., 53 Jahre alt, Photograph, wurde auf Saal VII, Bett 3, am 20. Oktober 1890 wegen Arthritis blenorrhagica und Aortenerkrankung aufgenommen. An ersterer Affektion hatte er bereits fünfunddreiſsig Jahre gelitten und hatte fünfzehn akute Attacken durchgemacht, welche zu einer hochgradigen Verkrümmung der Gelenke geführt hatten. Obgleich ungewöhnlich intelligent, war er

[26] Anführungszeichen bedeuten stets Auszüge aus den Krankenjournalen.

besten Falles nur ein kleiner und dürftig entwickelter Mensch; seine Haut war aber immer weifs und ohne jede Abnormität gewesen; sein Allgemeinbefinden war leidlich, und er stand täglich auf und ging auch etwas umher, als im Juni 1891 eine geringe Rauhigkeit auf der Stirn und an den Ellbogen konstatiert wurde; an diesen Stellen wurde die Haut bald rot, infiltriert und über die umgebenden Partien erhaben; die Oberfläche zeigte Schuppenbildung. Gegen Ende Juni hatte der Patient etwas Koryza und Katarrh der Nase. Am 30. Juni erschienen disseminierte Papeln auf den Streckseiten der Ober- und Vorderarme und der Hände, was von einem geringen Juckreiz begleitet war. Die Papeln liefen bald zusammen und bildeten schuppenbedeckte Flecke, die einen grofsen Teil der Körperoberfläche einnahmen, indem sich neue Stellen entwickelten, sobald die alten abheilten.

Den 6. August. — Patient sagt: „Der Hautausschlag wird bald besser, bald schlimmer; jedem frischen Ausbruch geht eine Koryza voran.“ Es bestand erhebliche Verdickung der Haut an einigen Stellen, sowie auch an anderen Exsudation.

Bis zum 14. August trat eine allgemeine Besserung der Hautverhältnisse ein. Die Primärattacke dauerte nur fünf Wochen, aber er hatte fünf oder sechs Rezidive. In der Folge trat erhebliche Pigmentirung, sowie Ausfallen der Haare ein. Es bestand beträchtliches Brennen und Jucken, aber das Allgemeinbefinden war nur wenig gestört und er konnte die ganze Zeit aufser Bett sein. Dies stellt einen Fall der feuchten Form in mäfsigem Grade dar. Es wurde auch über Appetitlosigkeit und Übelkeit geklagt, und einmal (9. Oktober) wurde eine Spur Eiweifs konstatiert.

Therapie: Liq. arsenical., Ungt. diachyli, Kreolinlösung, Ungt. lanolin. c. Creolin., Ungt. zinc., Vaselin. Letzteres Mittel beschwichtigte den Juckreiz, was auch durch Bäder mit Soda erzielt wurde.

Im ganzen hatte er die Krankheit sechs Monate lang, und diejenigen, welche der Ansicht sind, dafs die Affektion mit Influenza in Zusammenhang stehe, werden Interesse daran haben, zu hören, dafs der Beginn eines jeden dieser Rezidive von Koryza begleitet war, verbunden mit Sekretion aus Nase und Augen.

Fall M. IV. — John W., 50 Jahre alt, Arbeitsmann, wurde auf Saal V, Bett 23, am 16. September 1889 wegen Ekzems an beiden Händen aufgenommen. Dasselbe hatte mit Unterbrechungen sieben Jahre lang bestanden und hielt trotz aller Behandlung auch an bis zur Zeit, als er an der Epidemie im Juni 1891 erkrankte. Das einzige Mittel, das ihm irgend welchen Nutzen gewährt hatte, war Ungt. hyd. am. mit Carbon. deterg.

Das Ekzem war immer und ausschliefslich auf die Hände beschränkt geblieben, aber ungefähr um Mitte Juni wurde konstatiert, dafs „er sich ziemlich krank und matt“ fühlte; und wenige Tage später stellten sich „ekzematöse“ Flecke am Gesicht ein. Vom Gesicht und dem Kopfe aus breitete sich dasselbe fast über den ganzen Körper aus und zeigte erst nach einer achtwöchentlichen Dauer Neigung zum Abblassen. Der Ausschlag war seinem ganzen Wesen nach vesikulär, und als Dr. Colcott Fox denselben in seinen Anfangsstadien sah, erklärte er es für unmöglich, denselben von akutem, universellem Ekzem zu unterscheiden.

In den späteren Stadien der Krankheit trat eine beträchtliche Anschwellung der Beine ein, aber im übrigen war die Verdickung eine mäfsige. Aufser Übelkeit und Kopfweh waren nur unbedeutende konstitutionelle Störungen zu konstatieren. Er hatte drei Rezidive, etwas Defluvium capillitii und Pigmentierung im Anschlufs an den Ausschlag; das letzte Rezidiv war von lanzinierenden Schmerzen in den Beinen und ausgedehnter Abschuppung begleitet. Am 27. September wurde

notiert, daſs „der Ausschlag in Gestalt von wenig erhabenen, stecknadelknopfgroſsen Flecken mit schuppender Oberfläche — die zu schuppigen Flatschen zusammenflieſsen — hauptsächlich an den Streckseiten sich ausbreite."

Die epidemische Krankheit schien seine Hände zu kurieren, denn diese Teile waren die ersten, welche abheilten, und sie sind seitdem stets gesund geblieben. Die Behandlung des lokalisierten Ekzems der Hände braucht nicht weiter angeführt zu werden. Gegenwärtig (Dezember 1891), sagt er, sei er so wohl wie nie zuvor in den letzten sieben Jahren. Die epidemische Affektion der Haut wurde mit Ungt. zinc., Lot. plumb. cum opio, Galmeilösung, Kreolinsalbe, Liq. arsen. behandelt. Kulturen des charakteristischen Mikroorganismus wurden aus dem Serum (welches durch Anstechen der Haut gewonnen wurde, und aus dem Exsudate bei diesem Falle gewonnen.

Fall M.V. — John S., 64 Jahre alt, Maurer, wurde auf Saal V, Bett 25, am 9. August 1890 wegen Katarakt und Schrumpfniere aufgenommen. Er war schwächlich, selbst im Verhältnis zu seinem Alter, aber der Katarakt wurde am 16. August 1890 mit Erfolg operiert. Er hatte seit 30 Jahren Gicht gehabt und im Juli 1890 Ekzem. Im Dezember 1890 hatte er einen Anfall einer Hautaffektion, welche folgendermaſsen beschrieben wird: „Es bestehen ekzematöse, gerötete Flatschen mit Schuppenbildung und Juckreiz am Kopf, Hals, den Beinen und dem Rücken. Dauer drei Wochen ungefähr; darauf folgte ein akuter Gichtanfall in der rechten Hand und dem Ellbogen." Im Mai 1891 erkrankte er wieder mit Gicht in der rechten Hand.

Anfangs Juni 1891 befand sich Patient bei leidlich guter Gesundheit und stand täglich auf; und obgleich er von Zeit zu Zeit von Symptomen des chronischen Morbus Brightii heimgesucht wurde, so blieb er doch bis zum 10. Juli gesund; alsdann aber trat ein papulöser Ausschlag auf dem Rücken hervor und breitete sich bald auf die Beine, das Gesicht und die übrigen Teile des Körpers aus. Derselbe juckte sehr heftig, und es bildete sich ein beträchtlicher Grad von Verdickung und Desquamation aus. Bis zum 20. Juli war die Dermatitis universell geworden. Die Füſse und Beine waren rot und geschwollen. Der Patient war viel schwächer geworden, delirierte vielfach und lieſs Urin und Fäces unter sich gehen. Nachts war die Temperatur etwas erhöht gewesen (37° 5). Den 27. Juli: Diarrhoe stellte sich ein. Der Patient magerte rapide ab, die Haut war tiefrot und schuppte ab. Zu keiner Zeit bestand Exsudatbildung. Das Haar war schnell dünner geworden, so daſs der Patient fast kahl war. An den Armen war die Haut induriert, und die Füſse und Beine zeigten erhebliches Ödem. Er wurde sehr somnolent und dann bewuſstlos. Konvulsionen traten nicht ein. Die Respiration war beschleunigt und zeigte den Cheyne-Stokesschen Typus. An den Zähnen sammelte sich Sordes an, und der Patient starb komatös am 29. Juli, nachdem er die Dermatitis fünf und eine halbe Woche gehabt hatte. Therapie: Liq. arsen., Lot. plumb. cum opio, wodurch die Entzündung an den Beinen erheblich vermindert wurde.

Autopsie drei und zwanzig Stunden nach dem Tode: Herz bedeutend hypertrophiert und fest. Lungen fibrös und stellenweise emphysematös; Ödem und Hyperämie an der Basis; Leber und Milz normal; Nieren wogen jede nur ca. 70 g und befanden sich im Zustand vorgeschrittener Schrumpfung; Gehirn zeigt Vermehrung der Flüssigkeit auf der Oberfläche; die Windungen abgeplattet; kleiner, zirkumskripter Erweichungsherd im Inneren.

Der vorherbestehende Zustand an den Nieren trug auch zweifellos zum letalen Ausgang bei, aber die unmittelbare Todesursache war ohne Frage die Dermatitis. Somit haben wir hier wiederum einen Fall, welcher als Beispiel dienen kann für den Unterschied zwischen

gewöhnlichem Ekzem, an welchem der Patient wiederholt litt, und von welchem er sich wieder erholte, und der epidemischen Dermatitis, an welcher er starb.

Fall M. VI. — Rich. J., 75 Jahre alt, Schneider, wurde auf Saal VI, Bett 12, am 2. September 1890 wegen Bronchitis und Emphysem aufgenommen. Im Juni 1891 war er bei leidlich guter Gesundheit und stand täglich auf. Er hatte eine vergröfserte Prostata, aber der Urin war in jeder Hinsicht normal. Am 7. Juni wurde auf der lateralen Seite des linken Vorderarms eine gewisse Rötung konstatiert, und die Oberfläche schuppte ab; drei Tage später wurde der Ausschlag papulös, und der Oberarm wurde in ähnlicher Weise affiziert. Der Ausschlag breitete sich weiter aus, und am 17. wurde folgender Eintrag im Journal verzeichnet: „Auf der Beugeseite des linken Ellbogens Exsudat; der linke Arm ist geschwollen und rot, soweit sich der Ausschlag erstreckt; kleienförmige Abschuppung. Auf dem Rücken, quer über die Schultern verlaufend, auch etwas Ausschlag; sonst aber nirgends etwas zu finden. Kopf seborrhoisch." Nach einer Dauer von drei Wochen blafste der Ausschlag allmählich ab, ohne jemals die genannten Gebiete überschritten zu haben. Den 28. Juli: Es trat ein schwerer Anfall von Bronchitis hinzu; Patient wurde stark cyanotisch, hatte Ödeme und eine geringe Spur von Eiweifs im Urin. Der Ausschlag war nie ganz verschwunden gewesen, und am 13. Oktober hatte er ein Rezidiv; frische Flecke traten auf dem Rücken und an den Oberschenkeln hervor, anfangs als Papeln, später mit Schuppenbildung. Bisher war die Affektion auf die eine Seite beschränkt geblieben, aber bei der weiteren Entwickelung ergriff dieselbe nunmehr beide Seiten symmetrisch. Eine oder zwei Wochen später hatte die Haut ihre normale Beschaffenheit wiedererlangt. Die Dermatitis war niemals sehr intensiv gewesen und war nie ganz universell geworden. Die Albuminurie und die konstitutionellen Erscheinungen waren wahrscheinlich durch die schwere Bronchitis bedingt. Während des ersten Anfalls, welcher drei Wochen dauerte, wurde er mit Zinksalbe behandelt; beim zweiten Mal kam Ungt. creolin. in Anwendung, und es schien, als ob er bei dieser Behandlung sich schnell besserte. Im Dezember hatte der Kranke wieder eine schwere Bronchitis, der er erlag. Die Autopsie ergab hochgradige Veränderungen an den Gefäfsen und dem Herzen, aber die Nieren waren zwar hyperämisch, sonst aber gesund.

Fall M. VIII. — Thomas S., 72 Jahre alt, wurde im Saal VI, Bett 23, am 24. Juni 1890 wegen Harnröhrenstriktur und akuter Cystitis aufgenommen. Er hatte vorher zu wiederholten Malen an Gicht gelitten und hatte auch verschiedentlich Gichtekzem der Beine gehabt, woran er auch zur Zeit der Aufnahme zu leiden hatte. Erst ein volles Jahr nach der Aufnahme, als er von den genannten Krankheiten ziemlich befreit und nicht mehr bettlägerig war, wurde er von der epidemischen Krankheit ergriffen. Allerdings waren seine Beine stets mit einem gewissen Grade von Ekzem behaftet gewesen, was auch anfangs Juli, als die Epidemie grassierte, sich verschlimmerte.

Am 13. Juli wurde konstatiert, dafs der Ausschlag per continuitatem auf den Rumpf, das Skrotum und die Arme sich ausgebreitet habe. An diesen Stellen trat derselbe als Papeln auf mit einem mäfsigen Grad von Hautverdickung und etwas Exsudatbildung. Es bestand ein lebhafter Juckreiz und Desquamation. Anfangs August wurde notiert, dafs der Ausschlag verschwunden, und dafs nur Pigmentierung zurückgeblieben sei, aber die Schwäche, an welcher er die ganze Zeit gelitten hatte, nahm zu, und er hatte, trotzdem er im Bett lag, Schwindelanfälle. Während seines Krankseins klagte er manchmal über Übelkeit, und gelegentlich trat Erbrechen ein. Den 8. September. — „Pigmentierung an den Beinen noch vorhanden, aber sonst

kein Ausschlag irgendwo. Abschuppen an den Füfsen. Intensive Schwäche — schwankt. — Gefühl, als ob er durch das Bett hindurch sinken solle. Puls aufserordentlich schwach. Seit letzter Woche kein Erbrechen mehr eingetreten. Appetit fehlt vollständig. Keine Diarrhoe.“ Von Zeit zu Zeit war im Urin eine Eiweifswolke aufgetreten; möglicherweise stammte dies aus der Blase, denn dieselbe enthielt öfters Eiter. Den 16. September. — „Während der letzten Tage ist Diarrhoe eingetreten, und der Kranke ist höchst schwach, obgleich der Ausschlag verschwunden ist. Befand sich gestern wie gewöhnlich und starb ziemlich plötzlich heute morgen ohne vorherige Veränderung oder Warnung.“ Die Temperatur war fast die ganze Hautkrankheit hindurch gewöhnlich subnormal. Ein- oder zweimal erreichte dieselbe 37,5°. Dauer acht Wochen. Therapie: Galmei- und Zinksalbe; Galmeilösung — erstere war aber von besserer Wirkung. Keine innere Behandlung gegen den Ausschlag. Gegen das Ende zu war der Kranke nachts etwas verwirrt.

Nekropsie acht Stunden post mortem. Beginnende Schrumpfniere. Herzhypertrophie. Atherom der Koronararterien. Die Muskelsubstanz des Herzens war etwas brüchig, und die Ursache des plötzlichen Todes ist wahrscheinlich in der kalkigen Veränderung an den Koronararterien zu suchen.

Es ist bemerkenswert, dafs der Ausschlag etwa vierzehn Tag vorm Tode abgeheilt war. Dieser Patient hatte öfters an zirkumskriptem Ekzem gelitten, ohne besonderen Nachteil zu empfinden; aber die epidemische Dermatitis bewirkte den letalen Exitus infolge der konstitutionellen Störung, welch' letztere trotz des mäfsigen Ausschlags erheblich war. Dieser Fall ist einer der wenigen, bei denen der Ausschlag von einem chronischen ekzematösen Flecken aus entsprang.

Fall M. IX. — Jesse T., 49 Jahre alt, wurde auf Saal V, Bett 19, am 22. April 1890 mit Charcotscher Krankheit der Gelenke aufgenommen. Er hatte eine Vergröfserung des linken Kniegelenks, Crises gastriques und zweifelhafte Erscheinungen seitens der Pupillen. Er befand sich bei seinem gewohnten Gesundheitszustand, als im Juni ein trockener, ekzematöser Ausschlag am Gesicht (den 29.) konstatiert wurde, welcher sich rapide auf den Hals, den Rücken, die Arme und Hände weiter ausbreitete; stellenweise war derselbe papulös, stellenweise in Flatschen. Während des Juli war der Ausschlag niemals sehr ausgedehnt und schien zum Abheilen Neigung zu haben; aber anfangs August exazerbierte derselbe wieder. Den 11. August. — Füfse, Unter- und Oberschenkel erheblich geschwollen, hinterlassen auf Druck tiefe Eindrücke, in unregelmäfsiger Verteilung mit schuppigen roten Flecken besetzt. Ausschlag allgemein; Schuppen sind klein und dünn; der Rücken mit Ausnahme des mittelsten Teiles, welcher intakt geblieben ist, in ähnlicher Weise affiziert. Auf den Schultern und an den Seiten eine gröfsere Anzahl runder Flecke, welche im Zentrum blasser sind und an der Peripherie sich weiter ausbreiten. Vorderfläche des Rumpfes kleienförmig schuppend, nachdem die Rötung nachgelassen hat, aufser an den Gelenkbeugen nur sehr wenig Exsudat. Beträchtliche Verdickung der Haut an den Armen und namentlich an den Händen; hier und dort mehrere Fissuren. Gesicht beinahe wieder abgeheilt. Erbricht gelegentlich, aber weniger während des letzten Monats als früher. Appetit gering, Hinfälligkeit bedeutend. Den 18. August. — „Rezidiv am Gesicht. An den Beinen besteht der Ausschlag weder aus Bläschen noch Papeln, sondern aus geröteten Flecken mit scharf umschriebenen, erhabenen Rändern mit serpiginösem Charakter“. Im späteren Verlauf hatte der Kranke drei Anfälle von Dyspnoe, welche je zehn bis zwanzig Minuten anhielten, doch konnte die Ursache derselben nicht ermittelt werden. Um die Mitte oder das Ende September blafste der Aus-

schlag ab, nachdem er ungefähr zehn Wochen gedauert hatte, und hinterliefs Otorrhoe, Pigmentierung und eine erhebliche Reizung der Haut. Schliefslich genas der Kranke.

Bei diefem Falle bot die Temperatur besonderes Interesse dar. Morgens war dieselbe gewöhnlich subnormal und stieg abends auf ungefähr 37,5° C. mit einer einmaligen abendlichen Steigerung auf 39,4° (den 10. August). Aber gegen Ende des Krankheitsverlaufs und längere Zeit nachher war die Temperatur sowohl morgens als auch abends subnormal und sank oft sogar auf 35,7° C.

Fall M. X. — William H., 75 Jahr alt, wurde auf Saal V, Bett 12, wegen kordiovaskulärer Erkrankung mit Schwindelanfällen, Irregularitas cordis, Schwäche und anderer auf das Grundleiden bezüglicher Symptome am 18. April 1890 aufgenommen. Er pflegte über Tag aufzustehen, obgleich er vielfach an Kopfweh und Schwindel zu leiden hatte. Am 16. Juni 1891 wurde konstatiert, dafs der Urin klar, von saurer Reaktion, spezifisches Gewicht 1012, und zum erstenmal mit einer Spur Eiweifs versehen war. Am 23. Juni lautete der Eintrag, dafs er in letzter Zeit schwächer geworden war, und dafs die Nahrungsaufnahme sich verschlechtert habe (zu dieser Zeit bestand die Diät aus Beef-tea); und am 25. Juni bemerkten wir zum ersten Male einen geringen Ausschlag „wie trockenes, schuppendes Ekzem", mit sehr geringer Rötung, hauptsächlich am Gesicht und den Armen und weniger an den Beinen und dem Rücken. Dies verblieb einige Zeit ohne erkennbare Veränderung. Während des Juli wurde das Exanthem stärker, mehr karmoisinrot, die Papeln besetzten sich mit kleinen Fetzen und nahmen die ganze Oberfläche des Rückens, des Abdomens, der Brust und der Arme ein. Unterdessen wurde das Gesicht, welches zuerst befallen worden war, wieder etwas besser. Aber das Haar war bedeutend dünner geworden; die Konjunktiven waren entzündet, und überall, wo das Exanthem sich entwickelt hatte, blieb eine intensive Pigmentierung zurück. Die Schwäche hatte einen hohen Grad erreicht; es hatten Erbrechen und Durchfall bestanden; die Zunge, anfangs belegt, war rot, trocken, rissig geworden; Patient verweigerte jegliche Nahrung. Im Urin war häufig Eiweifs nachzuweisen. In der ersten Augustwoche hatte er ein Rezidiv. Einige verstreute Flecke, die aus Anhäufungen kleiner, konischer Papeln bestanden, traten am Gesicht und an den Beinen hervor. Dieselben waren von Purpura gefleckt, und eine jede Papel war mit einem minimalen Schüppchen besetzt. Bis zum 15. August war der Ausschlag beinahe verschwunden, und es blieb nur eine geringe Abschuppung zurück, aber der Patient war gradatim immer schwächer geworden, die Anorexie wurde immer prononzierter, es kam Somnolenz hinzu, und der Patient starb am 28. August.

Hier war also, wie bei einigen anderen Fällen, ein prodromales Stadium zu konstatieren. Die Temperatur war mit Ausnahme von drei Gelegenheiten, als dieselbe die normale Grenze erreichte, stets subnormal. In diesem Falle war die Hautaffektion niemals ganz universell; und die Verdickung und Desquamation waren nur mäfsig, aber die konstitutionellen Erscheinungen waren sehr intensiv und endeten schliefslich tödlich. Gegen das Lebensende zu zeigten Lippen und Körpermuskeln Zitterbewegungen, und die Respiration wurde oberflächlich und unregelmäfsig. Der Kranke wurde Nachts unruhig, dann somnolent, und bald nachher starb er. Der Urin enthielt stets Eiweifs, manchmal in mefsbaren Mengen (am 21. August 1/8). Krankheitsdauer sieben bis acht Wochen, doch blieb der Ausschlag nicht so lange bestehen.

Autopsie, zwei und siebzig Stunden nach dem Tode: Herz verfettet und beträchtlich dilatiert; Lungen, abgesehen von etwas abgelaufener Ablagerung tuber-

kulöser Art in beiden Spitzen, normal; Leber etwas cirrhotisch; Nieren wogen jede ca. 95 g, erschienen makroskopisch gesund aufser etwas Hyperämie. Gehirn normal.

Fall M. XI. — George H., 71 Jahre alt, wurde am 15. Dezember 1890 auf Saal VIII, Bett 19, wegen Krankheit des Herzens und der Gefäfse aufgenommen. Geräusche auf beide Orifizien bezüglich. Urin sauer, spezifisches Gewicht 1014, leichte Wolke von Eiweifs. Es sammelte sich auch etwas Ödem an den Fufsgelenken an, wenn er aufgestanden war.

Anfangs Juni 1891 hatte er sich bedeutend gebessert und befand sich bei leidlich guter Gesundheit. Am 20. Juni erbrach er nach dem Frühstück und klagte auch an den folgenden Tagen über Verminderung des Appetits und allgemeines Unbehagen. Etwa zehn Tage später wurde eine unbedeutende Rötung und Abschuppung erst auf dem Rücken und dann auf der Brust und den Extremitäten konstatiert. Dies nahm rapide zu, und die Entzündung wurde intensiver. Den 9. Juli. — „Patient ist in letzter Zeit nicht so gut gewesen — schläft den gröfseren Teil des Tages; linke Hand und rechter Arm zucken im Schlafe." Den 11. Juli. — „Allgemeine Rötung und Desquamation in mäfsig grofsen Schuppen an den Extremitäten und der oberen Hälfte des Rumpfes. Auf der unteren Hälfte desselben ist die Haut jetzt von tiefroter Farbe, gleichmäfsig erhaben und kleiig mit vorgeschobenen, runden, erhabenen Flatschen; die Ränder an den erhabenen Teilen sind alle scharf markiert." Den 12. Juli. — „Die Hautentzündung scheint jetzt im Zurückgehen begriffen zu sein, und die Oberfläche schuppt reichlicher ab." Den 13. Juli. — „Diarrhoe sechsmal in 24 Stunden. Patient heute morgen ernster krank; schläft tief; fast bewufstlos; schwer aufzuwecken. Dann und wann Zuckungen am rechten Arm und am Kopfe. Herzaktion frequent, unregelmäfsig, schwach. Feuchtes Rasseln auf der Brust. Starb heute Abend." Temperatur während der ganzen Zeit etwas erhöht. Durchschnittlich morgens 37,2°, abends 37,5°. Behandlung nicht bemerkenswert und erfolglos.

Bei diesem Patienten war die Dermatitis anfangs erythematös und blieb während des ganzen Krankheitsverlaufs trocken. Anorexie und Asthenie waren sehr ausgesprochen; er hatte sowohl heftiges Erbrechen als auch Diarrhoe. Die Zunge wurde schnell von Epithel entblöfst. Der Fall war durch grofse Hinfälligkeit charakterisiert. Die Dauer (zwei Wochen) war eine kürzere als bei irgend einem anderen Falle, ausgenommen M. XV. Es bestanden deutliche, auf den Verdauungstrakt hindeutende, prämonitorische Erscheinungen. Hierauf folgte zehn Tage später ein plötzlicher Ausbruch eines symmetrischen Ausschlags, welcher rapide letal verlief. Selbst hier war die Temperatur nur sehr wenig erhöht. Es machte den Eindruck, als sei das Gift vom Verdauungskanal aus in den Organismus gelangt, denn während des zehntägigen Präliminarstadiums, während dessen bei anderen Fällen der Ausschlag asymmetrisch ist und auch wieder verschwindet, bestand bei diesem Kranken Erbrechen und Appetitlosigkeit. Leider unterblieb während meiner Abwesenheit die Autopsie.

Fall M. XII. — Thomas R., 53 Jahre alt, wurde am 19. März 1890 wegen eines akuten Gichtanfalls auf Saal V, Bett 29, aufgenommen. Nach einiger Zeit erholte er sich hiervon, blieb aber noch wegen syphilitischer Glossitis in Behandlung. Er war aber aufser Bett und befand sich bei ganz befriedigender Gesundheit. Er machte während seines Hospitalaufenthalts im März 1891 zum ersten Male eine Ekzemattacke gewöhnlicher Art auf dem Rücken, dem rechten Vorderarm und linken Unterschenkel durch. Dies war im April 1891 abgeheilt. Am 2. Juni hatte er eine Attacke, die einiger-

mafsen mit Influenza Ähnlichkeit hatte; „hatte ziehende Schmerzen im ganzen Körper, fröstelte zwischen Mitternacht und 4 Uhr morgens; Temperatur um 7 Uhr 30 Minuten 39,6°, Puls 112°. Den 3. Juni. — „Klagt noch über Schmerzen am ganzen Körper. Physikalisch nichts nachzuweisen. Geringe Koryza, die schon einige Tage bestanden hat.“ Zu mehreren Malen hatte er vorher schon ähnliche Anfälle von Temperatursteigerung während seines Aufenthaltes bei uns mit Fieber bis zu 40,0°, gehabt. Nach einem oder zwei Tagen war er wieder wohl, und erst einen Monat später (den 3. Juli) brach der epidemische Ausschlag gleichzeitig an der einen Hand, dem Arm, den Beinen (d. h. den Stellen, die vorher mit dem gewöhnlichen Gichtekzem affiziert gewesen waren) aus. Ohne ganz universell geworden zu sein, ging der Ausschlag nach zwei bis drei Wochen fast wieder zurück; dann aber brach derselbe von neuem los, wurde universell, obzwar immer noch am intensivsten an den zuerst ergriffenen Stellen, und war von beträchtlicher Verdickung der Haut, sowie von kopiöser Sekretion, Schmerzen, Juckreiz, Albuminurie, Anorexie und so erheblicher Schwäche begleitet, dafs er bettlägerig wurde. Späterhin erschienen Purpuraflecke an den Beinen. Diese intensive Attacke dauerte im ganzen ungefähr acht Wochen (vom 3. August bis zum 5. Oktober); alsdann verschwanden sowohl die epidemische als auch das vorherige gichtische Ekzem gleichzeitig, und die gesamte Haut wurde ganz gesund. Während der ganzen Dauer der epidemischen Attacke war die Temperatur normal oder subnormal. Es folgte hierauf Pigmentierung, Splittern der Nägel und Ausfallen der Haare. Fräulein Annette Benson hat von diesem Falle einige interessante Diagramme angefertigt, welche den voranschreitenden Rand des Ausschlags, wie derselbe per continuitatem nach anderen Teilen sich ausbreitete, erkennen lassen. Dies ist einer der wenigen Fälle, welche prämonitorische Symptome darboten, doch ist es freilich nicht ganz erwiesen, dafs dieselben mit der epidemischen Krankheit definitiv zusammenhingen. Sie traten einen Monat vor dem Ausbruch letzterer auf; sie hatten Ähnlichkeit mit Influenza, und der (gichtbrüchige) Patient hatte früher schon ähnliche Symptome dargeboten. Dieser Fall ist ein gutes Beispiel des so häufigen initialen, abortiven Stadiums des Leidens; was aber noch wichtiger ist, derselbe zeigt den deutlichen Unterschied zwischen den zwei Affektionen, gewöhnlichem Gichtekzem und der epidemischen Dermatitis, welche zu verschiedenen Zeiten bei einem und demselben Individuum sich einstellten.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Dritter Kongrefs, gehalten zu Leipzig 17.—19. September 1891.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Ergänzungsheft I. 1892.)

II. Sitzung.

Vorsitzender: Prof. Pick-Prag.

6. Für Prof. Schwimmer berichtet Prof. Neisser über einen von ersterem beobachteten Falle von **Psorospermosis cutanea vegetans.**

Es handelte sich um eine 40jährige Bäuerin, die seit mehreren Monaten an einem eigenartigen Hautausschlage litt und von ihrem Arzte behufs Feststellung der Diagnose und weiterer Behandlung an Prof. Schwimmer gewiesen wurde.

Die Krankheit war charakterisiert durch hanfkorn- bis linsengroſse Knötchen und Knoten, die überall ziemlich stark prominierten und teils ein dunkel-, teils sepiabraunes, hier und da auch lilafarbenes Kolorit aufwiesen. Am stärksten waren ergriffen die Nacken- und Genitalpartien, ferner die Achselhöhlen, Bauch- und Rückengegend. — Die neugebildeten Wucherungen waren entweder dicht nebeneinander gruppiert oder reihten sich, durch Linien und Furchen getrennt, in perlschnurartigen symmetrischen Figuren aneinander. — An den nicht affizierten Stellen fühlte sich die Haut ziemlich rauh, stellenweise reibeisenartig an, hier und da war sie infiltriert und stark pigmentiert. Die Patientin klagte über heftiges Jucken und über Spannung an den affizierten Partien.

Exstirpierte Hautstückchen zeigten die charakteristischen Parasiten.

Die Behandlung bestand in der Verabreichung von Arsen intern und subkutan, auſserdem wurden, um das Jucken zu mildern, Resorzin, Schwefel, Ichthyol, Menthol gebraucht. Die Mittel erwiesen sich vollkommen wirkungslos. Die meiste Erleichterung brachten Teer- und Sublimatbäder.

Als die Patientin nach 3monatlichem Aufenthalte im Spital keine Besserung sah, stellten sich bei ihr Zeichen psychischer Depression ein. Sie wurde auf ihr dringendes Verlangen aus der Klinik entlassen. Nachrichten über den weiteren Verlauf der Krankheit blieben aus. Die Patientin ist 2 Monate nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause an Marasmus gestorben.

Eine Sektion war nicht vorgenommen worden.

7. Prof. Neisser: Über den gegenwärtigen Stand der **Psorospermosenlehre** mit mikroskopischen Demonstrationen.

Die Psorospermosenfrage hat nicht nur dermatologisches, sondern wegen der ätiologischen Beziehung der Psorospermien zu karzinomatösen Neubildungen ein allgemein-pathologisches Interesse. — Über diesen Gegenstand haben Ribbert in der *Dtsch. med. Wochenschr.* und Stroebe im *Centralbl. f. path. Anat.* eine Anzahl vorzüglicher Referate geliefert. Redner vertritt im allgemeinen denselben Standpunkt wie Ribbert.

Wohl ist der Verdacht, daſs parasitäre Wesen einzelliger Natur in den vom Redner untersuchten Karzinompräparaten sich vorfinden, nicht von der Hand zu weisen, aber es fehlt ein thatsächlicher Beweis dafür, daſs es sich wirklich um Fremdlinge und nicht um abnorme, durch Proliferations- und Degenerationsvorgänge bedingte pathologische Zellenneubildung oder in abnormer Weise in Epithelzellen eingeschlossene andere Epithelien handelte.

Bei der Darierschen **Psorospermosis follicularis** sind die Ansichten der Autoren bezüglich der in der Haut gefundenen einzelligen Wesen geteilt. Darier, Besnier, Bulkley, Mansuroff u. a. halten diese Gebilde für zweifellose Psorospermien, während Buzzi, Weiss sich skeptisch dazu verhalten und andere wie Boeck die Psorospermiennatur gänzlich leugnen.

Die mangelnde Kontagiosität der Krankheit unter Eheleuten, andererseits wiederum die beobachtete Erkrankung bei Eltern und Kindern, endlich die Erblichkeit der Ichthyosisformen lassen auch klinisch die Frage, ob erbliche Keratosis oder parasitäre Psorospermosis, noch unentschieden.

Unzweideutiger erscheint die Psorospermiennatur bei der Pagetschen Krankheit. Es spricht für dieselbe:

1. das eigenartige, klinische Bild;
2. die Konstanz des eigenartigen, mikroskopischen Befundes von Coccidien;
3. eine dem pathologischen Vorgange entsprechende Reichhaltigkeit der Coccidien.

Dem gegenüber fehlt der Beweis, daſs die einzelligen Gebilde Psorospermien und nicht Epithelzellen sind.

Auffallend ist bei dieser Krankheit ihre Prädilektion für die weibliche Brust, ihre Beziehung zum Karzinom. Wären Coccidien die Ursache dieser Hautaffektion, so müfsten dieselben auch die Ursache des sich daraus entwickelnden Karzinoms sein. Die Coccidien müfsten sich dann auch in den Metastasen finden, die Redner jedoch nicht vorgefunden hat. Darier und Wickham sprechen von Coccidien in den Metastasen überhaupt nicht.

Am Schlusse seines Vortrages spricht Redner über das **Molluscum contagiosum** und sucht die Einwände, welche gegen die von ihm behauptete Psorospermiennatur des Molluscum contagiosum vorgebracht wurden, zu widerlegen.

Wenn auch der thatsächliche Beweis des Molluscum contagiosum als einer Psorospermosis noch fehle, so finde die Krankheit durch die Annahme von Parasiten die leichteste, natürlichste, ungezwungenste Erklärung. Es müsse vor allem festgehalten werden, dafs die von ihm (Redner) supponierten Parasiten in eigenartigen, mit spezifischen Eigenschaften begabten Zellen sich befinden, in Zellen, die von einem festen Zellmantel umgeben sind, wie Török und Tommasoli nachgewiesen, die schnell und leicht verhornen, und dafs entsprechend den gegebenen Hindernissen die Parasiten sich auch unter anderen Lebensbedingungen entwickeln werden.

Die Hypothese von der parasitären Natur des Molluscum contagiosum finde auch in der Kontagiosität und Inokulationsfähigkeit eine wesentliche Stütze, erkläre am leichtesten den ganz einzig dastehenden, nur beim Molluscum contagiosum bekannten, pathologischen Vorgang einer eigenartigen Zelldegeneration, einer gutartigen, epithelialen, tumorbildenden Proliferation ohne jede proliferierende, entzündliche Bindegewebsbeteiligung.

8. Prof. Pick: **Ist das Molluscum contagiosum contagiös?**

Ein neuer Fall von Molluscum contagiosum in der Klinik des Redners veranlafste, die bereits früher angestellten Versuche wieder aufzunehmen, um durch Überimpfung den positiven Beweis des parasitären Charakters der Krankheit zu liefern.

Der Fall betraf einen 55 Jahre alten, kräftig gebauten Tagelöhner, der an den oberen und unteren Augenlidern und oberhalb der Augenbrauen eine Anzahl von hanfkorn- bis erbsengrofsen nicht geröteten, gedellten Geschwülsten zeigte. In der Mitte der Delle befand sich eine stecknadelkopfgrofse Öffnung, aus der sich bei seitlichem Drucke auf die Geschwulst eine rahmartige, weifse Masse entleerte. Eine einzige gröfsere Geschwulst am linken oberen Augenlide nahe dem äufseren Augenwinkel ist gerötet und von Gefäfsektasien durchzogen. An beiden Augen sind die Erscheinungen des Trachoms vorhanden.

Der Beginn der Krankheit datierte seit 5 Monaten.

Die Haut am übrigen Körper ist frei von diesen Bildungen. Zwei Kinder des Patienten zeigen seit 2—3 Monaten ähnliche Geschwülstchen.

Die mikroskopische Untersuchung einiger vom Vater und den Kindern entnommenen Geschwülste ergab den typischen Befund von Molluscum contagiosum.

An 2 Patienten im Alter von 9 resp. 11 Jahren wurden Übertragungen vorgenommen. Als Impfmaterial diente der durch Druck hervorgeprefste Inhalt eines mittelgrofsen Molluscums. Die Impfstellen befanden sich am Oberschenkel in der Gegend des Schenkeldreiecks. — An 9 von 12 Impfstellen gelang es, durch intraepidermoidale Impfungen, wenn auch erst nach Verlauf von 10 Wochen und darüber, typische Mollusca contagiosa zu erzielen und somit den positiven Beweis für die Kontagiosität dieser epidermoidalen Neubildung zu erbringen.

Diskussion.

Dr. Touton teilt seine Wahrnehmungen mit, die er bei der Untersuchung des Molluscum contagiosum gemacht hat. Dieselben seien geeignet, die Neissersche

Anschauung bezüglich der Gregarinennatur der Molluscumkörperchen zu bekräftigen, obwohl ein sicherer Beweis dafür noch fehle.

Dr. Ehrmann will demnächst über einen Fall von Molluscum contagiosum nähere Mitteilungen machen.

Prof. Neumann berichtigt einen Irrtum des alten Hebra, welcher Dr. Jacobowitz als den ersten bezeichnet hat, der die Kontagiosität des Molluscum contagiosum betont habe. Der von Dr. Jacobowitz beschriebene Fall entspreche gar nicht dem Molluscum contagiosum, sondern sei vielmehr als ein Fall von Verruca senilis aufzufassen.

Dr. Blaschko berichtet über einen Fall von Molluscum contagiosum, der sich durch eine eigentümliche Lokalisation auszeichnete. Die Geschwülste safsen ausschliefslich auf dem rechten Handrücken und dem angrenzenden Teile des rechten Vorderarmes und ragten nicht über das Hautniveau hervor, sondern safsen mehr in der Haut versteckt.

Dr. von Sehlen berichtet über einen Fall derselben Krankheit, der wegen der Verwechselung mit einem klein-papulösen Syphilide differentiell-diagnostisches Interesse bot. — Neben dem Acidum nitricum fumans, das stellenweise schmerzhaft war und tiefe Zerstörungen verursachte, erwies sich die Ätzung mit Acidum carbolicum liquefactum am erfolgreichsten. von Sehlen demonstriert sodann Präparate von Molluscum contagiosum.

Prof. Kaposi drückt sich bezüglich der Kontagiosität der Warzen wie des Molluscum contagiosum und der Gregarinennatur der Molluscumkörperchen sehr skeptisch aus. Es sei noch vieles dunkel in diesen Dingen. Er habe wohl bei Tieren („Hühnerpocken"), nicht aber bei Menschen in Präparaten von Molluscum contagiosum Gregarinen gesehen.

Prof. Caspary schliefst die Ansteckung des Molluscum contagiosum aus dem Vorkommen der Krankheit vornehmlich bei Kindern derselben Familie, die nacheinander ergriffen wurden. — Eine milchige Flüssigkeit pflege nicht in den Gebilden vorhanden zu sein, vielmehr sei der Inhalt fest und leicht ausdrückbar.

Dr. Arning bemerkt, dafs in Hamburg die Krankheit sehr verbreitet sei. In einem Falle, den er beobachtet habe, traten zuerst massenhaft seborrhoische Warzen auf, zwischen denen sich nachher typische Mollusca contagiosa entwickelten.

Prof. Neisser meint im Gegensatze zu Prof. Kaposi, dafs die Hühnerpocken und das Molluscum contagiosum vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus ganz differente Prozesse seien. Beim Molluscum contagiosum finde eine epitheliale Wucherung, bei der Hühnerpocke nur eine Auflagerung statt. Wohl kämen bei der letzteren länglich-ovale, glänzende Körperchen mit ähnlicher Strukturänderung im Innern wie beim Molluscum contagiosum vor.

Was die Kontagiosität der Warzen betrifft, so könne er dieselbe zwar nicht strikt beweisen, sei aber ebenso wie das Laienpublikum von derselben überzeugt.

Prof. Kaposi meint, man könne bezüglich der akuten Warzenbildungen wie bei anderen Hautaffektionen ein selbständiges oder durch mechanischen oder chemischen Reiz (Schweifs etc.) veranlafstes Wuchern und Degenerieren der Epidermis annehmen, ohne dafs von aufserhalb des Körpers etwas Kontagiöses mitzuwirken brauche.

Prof. Pick referiert kurz die stattgehabte Diskussion, welche schätzenswerte klinische Belege für die Kontagiosität des Molluscum contagiosum geliefert habe. Nachdem der kontagiöse Charakter desselben durch die positiven Impfresultate nachgewiesen sei, sollte man sich nicht „den Kopf darüber zerbrechen, inwiefern die bisher undefinierbaren Reize mechanischer, chemischer, thermischer Natur zur Entstehung des Molluscum führen, da diese Reize nur als prädisponierende Momente Geltung haben können."

9. Prof. NEUMANN: **Über die histologischen Veränderungen der luetisch erkrankten Tonsillen, Uvula und der hinteren Rachenwand.**

Die klinischen Symptome des rezenten Stadiums sind hauptsächlich: Schwellung, Rötung, und zwar entweder bei intaktem Epithel oder nach Abstoſsung desselben unter Bildung oberflächlicher Schleimpapeln. Hinzutreten in den meisten Fällen anginöse Beschwerden. — Die nächsten Ursachen der Erosionen und Schleimpapeln in der Mund- und Rachenhöhle sind mangelhafte Mundpflege, chemische und mechanische Reizung der Mund- und Rachenschleimhaut durch Rauchen, Genuſs scharfer, gewürzter Speisen, durch kariöse Zähne. Redner bespricht die Frage, weshalb sich im späteren Stadium die Syphilis mit Vorliebe an denjenigen Stellen lokalisiere, an welchen sie im rezenten Stadium gesessen, und führt einige prägnante Beispiele aus seiner Praxis an.

In einem Falle mit Sklerose an der Unterlippe konnte Redner noch nach zwei Jahren dichtgedrängte Rundzellen unter dem Epithel und in der Kutis um die Talg- und Schweiſsdrüsen nachweisen. Dieser anatomische Befund ist für die Erklärung der regionären Rezidive höchst bedeutungsvoll und läſst auch die Hypothese zu, daſs mit dem Verschwinden der Syphilide von der Oberfläche noch nicht die Heilung erzielt sei, indem Krankheitskeime (meistens Anhäufungen von Rundzellen) zurückbleiben und gegebenen Falles zu Rezidiven im sekundären Stadium und vor allem auch zu tertiären Krankheitserscheinungen führen können.

Die narbige Verwachsung des weichen Gaumens, der Gaumenbögen und der Uvula mit der hinteren Pharynxwand, die sich im Gefolge ulzeröser, syphilitischer Prozesse im Rachen häufig einstellt, führt Redner auf eine spezifische Erkrankung der Muskulatur des weichen Gaumens, der Uvula und des Pharynx zurück. Die erkrankte schmerzhafte und paretische Muskulatur ist auſser stande, wie im intakten Zustande, die durch Aneinanderliegen der granulierenden Flächen verursachten Verlötungen durch ausgiebige Bewegungen zu lösen.

Redner fand auch thatsächlich bei den angestellten Untersuchungen der Muskulatur des weichen Gaumens und der Uvula und des Pharynx die manifesten Symptome der Myositis specifica, zahlreiche, namentlich um die erweiterten, strotzenden Blutgefäſse des Perimysium angeordnete Granulationszellen, Proliferation der Zellkerne des Perimysium und Sarcolemma, gleichwie der Adventitia der Gefäſse, Trübung der Querstreifung der Muskeln bis zum vollständigen Verschwinden, dabei Verdickung des Epithels mit dazwischen herdweise abgelagerten Rundzellen. (S. 108, 109).

10. Dr. SPALTEHOLZ: **Über die Blutgefäſse der Haut** (mit Demonstrationen). Wird an anderen Orten ausführlich besprochen werden.

C. Berliner-Aachen.

(Fortsetzung folgt.)

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. Juni 1892.

(Originalbericht von LOUIS WICKHAM-Paris.)

Vorzeigung von mikroskopischen Präparaten des UNNAschen Bazillus; Bazillus des weichen Schankers.

VIDAL macht von dem UNNAschen Bericht über seine Untersuchungen, betreffend den Mikroben des weichen Schankers, ausführlich Mitteilung. Die Verlesung dieses Schriftstücks ruft in der Versammlung allgemeines Aufsehen hervor. Einzelne Mitglieder wollen mit ihrer Ansicht zurückhalten, bis sie die eingesandten Präparate gründlicher geprüft haben. FOURNIER wünscht, es möge recht

bald gelingen, den Mikroben zu kultivieren, um durch Impfversuche feststellen zu können, ob es sich wirklich um den dem weichen Schanker eigentümlichen Mikroben, oder um einen x-beliebigen anderen handelt, der sich zufällig beim weichen Schanker findet. HALLOPEAU hält es für sehr wahrscheinlich, daſs der Mikrobe, von dem DUCREY 1889 auf dem Kongreſs für Dermatologie gesprochen hat, und der von UNNA in seinen Schnitten gefundene Bazillus identisch sind.

ESTRADA: **Epitheliom der rechten Schläfengegend, das wie ein ulzeröses Syphilid aussieht.** Es handelt sich um einen 64jährigen, sonst völlig gesunden Menschen. Er hatte sich mit 20 Jahren infiziert und eine ganze Reihe sekundärer Symptome durchgemacht. Sein jetziges Leiden fing vor 17 Jahren mit einer kleinen Kruste an, die sich immerfort wieder erneuerte; jedoch ist das eigentliche Geschwür erst 6 Jahre alt. Dieses Geschwür nimmt fast das ganze Gebiet zwischen dem äuſseren Augenwinkel und dem Gehörgang ein, grenzt nach oben an die behaarte Kopfhaut, nach unten an den oberen Teil der Wange. Es ist ovalär, hat in seinem Längsdurchmesser von oben nach unten 7 cm und in seinem kürzesten Durchmesser von vorn nach hinten 5 cm. Es hat regelmäſsige, steile Ränder, die am unteren Teil des Geschwürs gegen den Grund hin umgebogen zu sein scheinen, während die Haut sich im oberen Teil vielmehr unmerklich mit einer Narbenzone in einem Halbkreis von 2 cm Breite gegen das Zentrum des Geschwürs hinzieht. Der Grund der Ulzeration ist rot, mit nässenden Vegetationen bedeckt. Vorn unten sitzt ein schwarzer Knochensequester, 4 cm lang und 2 cm breit, der sich auf Kosten des oberen Jochbeinwinkels gebildet hat. — Das Geschwür ist vollkommen schmerzlos; weder die Nachbardrüsen, noch die Achsel- oder Leistendrüsen sind geschwollen.

Mikroskopische Untersuchung von DARIER: 1. An der Diagnose Epithelioma ist nicht zu zweifeln. 2. Das Zusammentreffen mit einem Syphilom läſst sich aus dem histologischen Befund nicht beweisen. 3. Dieses Epithelioma gehört zur tubulösen Form, wie man sie gewöhnlich beim „Rodent ulcer“ der Engländer antrifft; es wächst sehr langsam, kann von selbst teilweise vernarben und greift den Gesamtorganismus nicht an.

Ich habe diesen sehr interessanten Fall ESTRADAS näher untersuchen können. Der Kranke wurde in der Hoffnung, daſs es sich um eine tertiär-syphilitische Ulzeration handle, mit hohen Gaben Jodkalium behandelt, wobei sich das Geschwür merkwürdigerweise besserte, während die Epitheliome sonst doch häufig unter dem Gebrauch von Jodkalium schlimmer werden. Man hätte also wohl Grund zu der Vermutung gehabt, daſs es sich hier um eine Mischform von Krebs und Syphilis handelt.

Bemerkenswerter Fall von Ichthyose mit Veränderung der Mund- und Nasenschleimhaut, sowie der Hornhäute.

G. THIBIÈRGE stellt einen 12jährigen Knaben vor, der seit seiner ersten Jugend an allgemeiner Ichthyose litt. Die äuſsere Haut ist vollkommen trocken, die normalen Hautfalten sind vergröſsert. An einzelnen Stellen ist die Epidermis bedeutend verdickt: rings um den Mund herum und auf den Wangen. Diese Verdickungen können mehrere Millimeter betragen und sind polygonal abgegrenzt; auf den Extremitäten finden sie sich, namentlich an den Gelenkfalten (Achseln, Ellenbogen, Kniekehlen), auf den Ellenbogen, den Knien, den Hand- und Fuſsrücken, woselbst sie der Haut das Aussehen von grobem Sammet- oder Fischleder verleihen. Zunge und Wangenschleimhaut sind von unregelmäſsig sich kreuzenden Furchen durchzogen, wodurch sie in ihrem Aussehen der sogenannten „Lingua scrotalis“ sehr ähneln. Das Nämliche gilt von der Nasenscheidewand. Auſserdem befinden sich im Zentrum der Hornhäute noch oberflächliche Trübungen, die weder von Keratitis, wie sie nach konjunktivalen

Granulationen entsteht, noch von einer bis jetzt bekannten kachektischen Keratitis herzurühren scheinen.

HALLOPEAU und BARRIÉ: **Über einen Fall von tuberkulöser Mifsbildung der Finger.** Die Tuberkulose kann bekanntlich ebenso wie Syphilis und Lepra zu den verschiedenartigsten und bedeutendsten Mifsbildungen der Fingerenden Anlafs geben. Ein so hoher Grad von Entstellung wie bei dem vorgeführten Kranken ist jedoch selten. Einzelne Finger sind zwangsweise gestreckt, andere gebeugt, während sie gleichzeitig seitlich verkrümmt sind, so dafs sie einen ganz absonderlichen Anblick gewähren. Als nächste Ursachen dieser Mifsbildungen sind die Gelenkentzündungen und Ankylosen zu bezeichnen, ferner die Schrumpfungen des periartikulären fibrösen Gewebes. Die Annahme tropho-neurotischer Einflüsse ist von der Hand zu weisen.

HALLOPEAU: **Über einen Fall von Dysidrose der Nase.** Die Kranke leidet seit ihrer Kindheit an einzelnen Anfällen von Dysidrose, sowie an Schweifsausbrüchen, die sich ausschliefslich auf Nasenrücken und Nasenflügel beschränken. Diese Lokalisation und das regelmäfsige Zusammentreffen der beiden Symptome berechtigen zu der Annahme, dafs zwischen beiden ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Dieses Verhalten ist nun aber nicht ohne Bedeutung, da neuerdings mehrere Forscher einen solchen Zusammenhang zwischen den dysidrotischen Erscheinungen und den Störungen der Schweifsabsonderung geleugnet haben. Wahrscheinlich nehmen, entsprechend der von HARDY vertretenen Ansicht, manche Ekzemformen das klinische Aussehen der Dysidrose an, so dafs diejenigen Fälle, in denen der von TILBURY FOX behauptete Zusammenhang zwischen den dysidrotischen Vesikeln und den Schweifsdrüsen-Ausführungsgängen nicht nachweisbar ist, hierher gehören. Das Vorkommen des dysidrotischen Ausschlags auf der Nase sollte genügen, um die von JACKSON für diese Dermatose gewählte Bezeichnung Cheiro-Pompholyx endgültig abzuthun.

Klinisch-bakteriologische Untersuchungen über den Tripperrheumatismus.

L. JACQUET: Ich habe in ungefähr 2 Jahren 12 derartige Fälle untersucht und bin zu folgendem Ergebnis gekommen:

Die Beschreibung, die A. FOURNIER von der Ophthalmia rheumatica geliefert hat, ist in jeder Beziehung zutreffend. Ich habe sie sogar noch häufiger als FOURNIER beobachtet: sechsmal unter meinen 12 Fällen, und zwar ging sie viermal um 1 bis 2 Tage der Gelenkentzündung vorauf.

Bekannt ist die Rolle, welche der Fersenschmerz in der Geschichte der Gonorrhoe spielt, auf den SWEDIAUR zuerst hingewiesen hat. Derselbe kann zuweilen so hartnäckig sein, dafs er seinen Träger erwerbsunfähig macht. Gewöhnlich macht man das Hygrom der serösen Beutel hinter und unterhalb des Calcaneus für sein Entstehen verantwortlich. Das ist aber nun keineswegs immer, nach meiner Meinung sogar nur in den seltensten Fällen die Ursache.

Diejenigen Schmerzen, die sich auf die fibrösen und knorpeligen Teile, auf die Insertionsstellen der Bänder, zumal an den Apophysen, beschränken, kommen beim Tripper häufig vor, bald allein, bald gemeinsam mit anderen Störungen der Gelenke. Auch diese Schmerzen sind oft von einer erstaunlichen Hartnäckigkeit. Ich sah sie wenigstens bei einem Manne, der seit 3 Jahren völlig geheilt war, nach heftigen Gemütsbewegungen wieder auftreten. Zu ihrem Lieblingssitz gehört die Anheftung der Achillessehne und der plantaren Aponeurosen an den Calcaneus, und hier, meine ich, haben wir am häufigsten die Ursache für die Talalgie zu suchen. Denn man kann sich leicht davon überzeugen, dafs der Schmerz, über den die Kranken klagen, sich weit über den Raum hinaus erstreckt, der von dem serösen Beutel eingenommen wird.

Aber mehr noch! Ich bin unter meinen 12 Fällen zweimal auf einen Calcaneus

gestofsen, der äufserst schmerzhaft und in seiner ganzen Masse so stark vergröfsert war, dafs er eine beträchtliche Entstellung der Ferse bewirkte und ungefähr dreimal so mafsig wie ein normales Fersenbein erschien.

Bei dem einen dieser Patienten hatte der Schmerz drei Jahre gedauert; es war nur eine Ferse befallen. Als ich den Kranken auf der Abteilung von Fernet sah, war der hypertrophische Calcaneus nicht schmerzhaft.

Bei dem anderen Patienten, der auf der Besnierschen Abteilung lag, war die Ostitis calcanei doppelseitig und seit ungefähr einem Jahr schmerzhaft. Hier bestanden aufserdem noch Mifsbildungen der Zehen, die völlig denen der Arthritis nodosa glichen.

Das Fufsgelenk war vollkommen unversehrt. Ich glaube nicht, dafs diese Ostitis des Calcaneus im Verlauf der Gonorrhoe schon beobachtet worden ist, oder dafs sie sonstwie mit den nämlichen Erscheinungen vorkommt. Man könnte diesen Symptomenkomplex daher sehr wohl als „Pes gonorrhoicus" bezeichnen.

Die Bedingungen, unter denen es zu gonorrhoischen Gelenkentzündungen kommt, sind einstweilen noch ganz unbekannt. Folgendes glaube ich aus meinen Beobachtungen schliefsen zu können:

Die Ansicht, wonach eine angeborene oder erworbene rheumatische Anlage durch das Trippergift zum Ausbruch kommt, scheint mir vor allem verkehrt. Ich habe wenigstens in meinen Fällen fast niemals eine solche rheumatische Anlage nachweisen können. Wohl aber erinnere ich mich eines Falles, der ungefähr das Gegenteil lehrt. Im Hôpital Beaujon hatte ich einen Kranken unter meinen Händen, der an akutem Gelenkrheumatismus mit Endo- und Pericarditis litt. Dieser Patient hatte schon seit 17 Jahren regelmäfsig von Oktober bis Januar seinen Anfall — mit einer einzigen Ausnahme in dem Jahre, wo er sich den Tripper geholt hatte!

Kann ich also der rheumatischen Anlage einen Einflufs auf das Zustandekommen des Tripperrheumatismus nicht beimessen, so sind meine Erfahrungen in Bezug auf Überanstrengung dagegen positiver, da ich deren Einflufs achtmal unter meinen zwölf Fällen unzweifelhaft beobachtet habe. Die eine dieser Krankengeschichten will ich wegen ihres besonderen Interesses kurz erzählen:

Ein kräftiger Mann holt sich den Tripper. Er strengt sich körperlich sehr an, schläft kaum 2—3 Stunden und erkrankt an einem mäfsig starken Rheumatismus gonnorrhoicus, wird aber völlig geheilt. Unterdessen ist er Droschkenkutscher geworden und verlebt drei Jahre später die Weihnachtswoche fast ohne ins Bett zu kommen und ohne Schlaf. Am 2. Januar bekommt er, nach einer heftigen Conjunctivitis — wie er sie übrigens auch vor dem ersten Anfall hatte — unerträgliche Schmerzen in Hüft- und Schultergelenk. Er hielt sich von seinem Tripper für vollkommen geheilt; in Wirklichkeit hatte er noch die goutte militaire, versicherte mich aber auf das bestimmteste, seit 6 Monaten nichts mit Frauenzimmern zu thun gehabt zu haben.

Ich glaube, diesen Fall, wo der Einflufs der Überanstrengung so augenscheinlich ist, den Fällen von A. Fournier und Amaral an die Seite stellen zu dürfen. Diese Fälle betreffen alte, nur unvollkommen geheilte Tripperrheumatismen, die wenige Stunden post coitum, selbst wenn er mit Kondom ausgeführt wurde, sich wieder verschlimmerten.

Die bakteriologischen Untersuchungen haben bis jetzt noch zu keinem einheitlichen Ergebnis geführt. Die einen haben den Gonococcus Neisser gefunden, die anderen Eiterkokken, noch andere endlich fanden in den Gelenkflüssigkeiten gar keinen Mikroorganismus.

Ich selber habe in vier Fällen von rein schleimig-seröser Gelenkentzündung

weder durch's Mikroskop, noch durch Aussaat auf die verschiedensten Nährböden irgend einen Mikroben entdecken können. Dagegen haben ich und andere in einem von Debove behandelten Falle von Entzündung eines einzelnen Gelenks mit trüb-eiteriger Flüssigkeit vielkernige Zellen gefunden, deren Protoplasma von umfangreichen Diplokokken vollgepfropft war; dieselben waren abgeplattet und glichen in ihrem Aussehen vollständig den Gonokokken. Trotz vielfacher Untersuchungen konnte ich nur zwei derartig veränderte Zellen entdecken, und aus vielfachen Aussaaten hat sich nicht eine einzige Kolonie entwickelt.

Da die Kulturen des Gonococcus sehr schwer erhältlich sind, so halte ich es für wahrscheinlich, dafs ich den Neisserschen Mikroben vor Augen hatte.

Vielleicht ist die Pathogenese des Tripper-Rheumatismus keine einheitliche. Die klinische Erscheinungsweise mancher Formen (die Form mit einfachen Gelenkschmerzen, die Polyarthritis subacuta); die Rolle, welche schwächende nervöse Einflüsse bei dem Zustandekommen eines Rheumatismus oder eines Rückfalls spielen; das häufig gleichzeitige Auftreten nervöser Erscheinungen (Neuralgien, Sensibilitätsstörungen); das in zahlreichen Fällen nachgewiesene Fehlen von Mikroorganismen in den serösen Flüssigkeiten u. s. w. — das alles legt die Vermutung nahe, dafs auch durch Störungen des Nervensystems, besonders des Rückenmarks, der Tripperrheumatismus hervorgerufen werden könne, und dafs vielleicht Giftstoffe, die von den Mikroben der Harnröhre stammen, zu jenen Störungen Anlafs geben.

Andererseits sind manche Formen von Arthritis wahrscheinlich durch den Gonococcus Neisser bedingt und stehen mit dem Tripper in unmittelbarem Zusammenhang. Endlich giebt es auch andere Formen, die zweifellos von Eiterkokken, von einer mehr oder minder starken Pyämie herrühren.

Wahrscheinlich ist es aufserdem, dafs diese verschiedenen Ursachen oftmals ineinander eingreifen, zusammenwirken, woher dann die Abweichungen in den Symptomen und die Unsicherheit der Prognose.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus den „Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“. 64. Versammlung zu Halle a. S., 1891. Leipzig, F. C. W. Vogel.

Pott: **Geschichte und Theorie der Schutzimpfung nach den neuesten Forschungen im allgemeinen und gegen Blattern im besonderen.** Pott geht bei seinen Ausführungen von der Thatsache aus, dafs eine grofse Zahl unserer Infektionskrankheiten übertragbare Bakterienkrankheiten sind, und weist darauf hin, dafs Pasteur als erster die Idee hatte, die Träger derselben, die Bakterien, in ihrer Wirksamkeit zu mildern, dafs somit der Gedanke der Schutzpockenimpfung sein Verdienst ist. Die Impfungen selbst teilt Pott ein in prophylaktische (inkl. Not-) Impfungen und Heilimpfungen. Nach einem Überblick über die in der Praxis und im Laboratorium üblichen Übertragungsmethoden bespricht er dann die Gewinnung der Lymphe, wobei er die Abschwächung des virulenten Giftes durch Übertragung auf eine bestimmte Tierart, die Einwirkung von Wärme, Kälte, Licht, chemischen Agentien auf die Bakterien, die Austrocknung der bakterienhaltigen Gewebe u. s. w. erwähnt. Des weiteren erörtert Pott die Möglichkeit, den Impfschutz aufser durch abgeschwächte Bakterien auch durch Einimpfung ihrer Stoffwechselprodukte herbeizuführen, und giebt diesem Modus mit Recht den Vorzug, da eine Dosierung der chemischen Stoffe so ermöglicht ist. Von der Impfung selbst fordert er vollkommene Gefahrlosigkeit für den Impfling und seine Umgebung, sowie einen längere Zeit andauernden Schutz gegen natürliche Akquisition der betr. Krankheit.

Was die Heilimpfungen anbetrifft, so kommt ihre Wirkung hauptsächlich bei Krankheiten mit langdauerndem Inkubationsstadium in Betracht.

Zum Schlufs bespricht Pott noch die zur Erklärung der durch Impfung herbeigeführten Immunität aufgestellten Theorien und spricht die Ansicht aus, dafs der Vorgang derselben jedenfalls kein einheitlicher sei.

Pott: **Über die Mikroorganismen der Pockenlymphe.** Da trotz vieler in der Pockenlymphe gefundener Mikroorganismen ein spezifischer Variola- oder Vaccine-Mikroorganismus bisher nicht gefunden ist, so neigt Pott unter Hinweis auf die diesbezüglichen Pfeifferschen Untersuchungen der Ansicht zu, dafs es sich bei den Pocken nicht um eine Bakterienkrankheit, sondern um eine Protozoeninfektion handelt.

L. Voigt: **Über die Fortpflanzung der Tierlymphe.** Während die Impfungen von Mensch auf Mensch fast immer von einem positiven Resultat gefolgt sind, gehen dieselben nach den Beobachtungen von Voigt bei Überimpfung frischer Tierlymphe von Kalb zu Kalb nur in ungefähr 75% an. Hingegen sind Rückimpfungen von den Menschen auf Kälber zumeist von sehr gutem Erfolg begleitet, und die so erhaltene Retrovaccine schwächt sich bei weiterer Verimpfung auf Kälber bald ab und wird der gewöhnlichen Tierlymphe gleich. Um die Fortpflanzung derselben von Kalb zu Kalb ermöglichen zu können, mufs man nach den Ausführungen Voigts: „1. erprobt befundene Lymphe für Zeiten des Mifswachses aufheben, 2. die Antiseptica beim Impfverfahren vermeiden, 3. für kräftige Impftiere sorgen.“ (Sehr ungeeignet sind ganz junge Kälber.) Ferner ist es nötig, zur Abimpfung nur ganz normale Pusteln zu benutzen, welche ihrerseits am besten dann zu erzielen sind, wenn man anstatt der Flächenimpfung die Einzelpockenimpfung, und zwar mit kurzen Schnitten, in Anwendung zieht. Wo es darauf ankommt, gröfsere Mengen von Lymphe zu gewinnen, empfiehlt sich die Anlegung langer Schnitte mit Beibehaltung der Einzelimpfung.

Cahen-Brach: **Über die Genital-Blennorrhoe (Gonorrhoe) der kleinen Mädchen.** Vortragender berichtet über 21 in der Grazer Universitäts-Kinderklinik beobachtete Fälle von Fluor albus bei Mädchen im Alter von 2—10 Jahren. Bei 20 Patientinnen handelte es sich um eine gonorrhoische Infektion (intrazelluläre Gonokokken, Entfärbung bei Färbung nach Gram und Weigert); den übrigbleibenden Fall ist C.-Br. geneigt, als Stauungskatarrh der Genitalien (?) infolge chronischer Obstipation aufzufassen. Was den Sitz der Erkrankung betrifft, so war vor allem die Urethra befallen, während die Vagina sich gleichzeitig fast nur in den ersten Lebensjahren, die Vulva hingegen niemals spezifisch erkrankt fand. Ein Fortschreiten des Prozesses auf den Uterus wurde in keinem Falle sicher nachgewiesen. Von sonstigen Komplikationen trat je einmal eine leichte Blasenreizung, eine Ophthalmoblennorrhoe, sowie ein Ergufs in das Metakarpo-Phalangealgelenk des III. linken Mittelfingers auf. In Betreff der Entstehung des Leidens wurde von 7 Kindern Stuprum zugegeben, dreimal handelte es sich um Ansteckung im Hospital, in den übrigen spezifischen Fällen litt immer ein Glied der zugehörigen Familie an Genitalflufs. Therapeutisch rät C.-Br. von starken lokalen Eingriffen ab und beschränkt sich auf Reinhaltung, ev. nimmt er bei stärkerer Sekretion Vaginalausspülungen vor; von internen Mitteln empfiehlt er Balsamica, speziell Ol. Santali (3 mal täglich 3—6 Tropfen.)

G. Kulisch-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über fettige Sekretionen der Hautoberfläche, von Gamberini. *(Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle,* fasc. I, 1892.) Im Gegensatze zur Ansicht Unnas, daſs den Knäueldrüsen ein Hauptanteil bei der Fettsekretion der Haut zukomme, behauptet G., daſs dieselben an sich kein Fett produzieren, daſs es im Gegenteil viel näher liege, anzunehmen, daſs das in den Ausführungsgängen der Knäueldrüsen vorgefundene Fett aus den Talgdrüsen stamme und erst nachträglich in erstere hineingeraten sei, nachdem es sich mit den übrigen Hautsekreten vermischt habe. Er stützt sich dabei auf die Thatsachen, daſs einmal kein Lehrbuch über Anwesenheit von Fett in den Knäueldrüsen spreche, ferner auf Experimente von Arnozan (*Annales de derm. et syph.*, 1892, I), der im Sekrete von Handtellern, welche keine Talgdrüsen führen, niemals Fett nachweisen konnte. Daſs übrigens Fett- und Schweiſsabsonderung zwei voneinander unabhängige physiologische Vorgänge sind, gehe daraus hervor, daſs gewisse Medikamente eine Vermehrung der Schweiſssekretion erzeugen, eine Hypersekretion des Fettes jedoch künstlich nicht hervorgebracht werden könne; ferner daſs gewisse Krankheiten mit einer Vermehrung der Schweiſsproduktion einhergehen, während die Fettsekretion normal bleibt. Auch zeigt der Schweiſs Färbungsanomalien, während das Fett höchstens mehr dem Einflusse der äuſseren Luft, nicht aber von Hause aus chromatische Veränderungen eingehe.

Angesichts des Umstandes, daſs Körperregionen, die der Talgdrüsen entbehren, dennoch ihren normalen Zustand bewahren, fragt sich G., ob an diesen Stellen nicht vielleicht der Panniculus vicariierend eintrete.

Auch mit der Unnaschen Theorie des Eczema seborrhoicum, bei dem gewisse Veränderungen der Knäueldrüsen eine ätiologische Rolle spielen sollen, kann sich G. nicht einverstanden erklären, indem gerade die an Talgdrüsen reichsten Hautstellen (Kopf und andere behaarte Regionen) mit Vorliebe von der Krankheit befallen werden.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Neue Ursachen über die Bildung der Elemente des Blutes, von Foà. *(Virchow-Festschrift,* Bd. I.) Foà fand durch seine nach einem besonderen Konservierungs- und Färbeverfahren angestellten Untersuchungen des Blutes von Säugetieren und Vögeln, daſs die kreisenden roten Blutkörperchen keine histologische Einheit darstellen; die Verschiedenheit besteht in den chemischen Eigenschaften des Kernplasmas, in dem verschiedenen Ursprunge der einzelnen Varietäten und in der verschiedenen Art ihrer Vermehrung. Es bilden sich Blutkörperchen aus den Erythroblasten und vermehren sich durch Karyokinese; andere entstammen besonderen Elementen (Karyoblasten) durch Austreten von Körperchen (Nukleolen); noch andere nehmen ihren Ursprung aus Elementen mit dickem, mit vielen Nukleolen versehenem Kern, der sich durch multiple Knospung vermehrt (Blastoblasten). Möglicherweise giebt es auch noch andere, vor der Hand unbekannte Quellen. Die Unterschiede der Blutkörperchengattungen beruhen nicht in der verschiedenen Farbensubstanz des Kerninhalts, sondern in der Gesamtheit ihrer Kennzeichen, insbesondere der Art ihrer Bildung. Ob den einzelnen Arten funktionelle Unterschiede zukommen, wird die Zukunft lehren. Wahrscheinlich sind die verschiedenen Arten von Blutkörperchen, die man bei schweren Anämien trifft, nicht Alterationen ein und derselben, sondern solche von verschiedener Gattung. *F. Hahn-Bremen.*

Bakteriologie.

Neue Methode zur Färbung von Bakteriensporen, von MOELLER. (*Centralbl. f. Bakt.* 1891. No. 9.) Die betreffenden Bakterien werden auf Deckgläschen angetrocknet, 1—2 Minuten in 5% Chromsäure gelegt und dann abgespült, hierauf träufelt man 1 Tropfen Karbolfuchsin auf das Deckgläschen, erhitzt über der Flamme bis zum einmaligen Aufkochen ca. 1 Minute lang, entfärbt in 5% Schwefelsäure und färbt mit Methylenblau oder Malachitgrün nach. *P. Taenzer-Bremen.*

Das Wachstum der Bakterien auf saurem Nährboden, von G. SCHLÜTER. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1892. No. 19.) Während man früher annahm, dafs die Mikroorganismen mit Ausnahme der Schimmel- und Sprofspilze auf sauren Nährböden nicht wachsen, hat FLÜGGE, später UFFELMANN (für Typhusbazillen) gezeigt, dafs viele Spaltpilze auch auf sauren Böden gedeihen. Verfasser hat nun die Frage näher geprüft, indem er verschiedene Säuren den Böden zusetzte. Für die uns hier interessierenden Mikroorganismen fand er, dafs eine ganze Anzahl Bakterien auf saurem Nährboden wachsen, zum Teil sogar sehr gut. Näheres ergiebt die umseitige Tabelle.

Lokale Infektionskrankheiten

a. *der Oberhaut.*

Zur Bäderbehandlung der Ekzeme, von O. LASSAR. (*Therap. Monatsh.* No. 5). Die frühere Ansicht, dafs Ekzeme nicht genäfst werden dürfen, bestreitet Verfasser; wohl kann die irritierte Haut durch Nässe zur Sprödigkeit gebracht werden, allein es giebt Ekzeme, die durch Unreinlichkeit der Haut entstehen, und hier sind Bäder von der gröfsten Bedeutung. So z. B. entsteht eine grofse Anzahl der Säuglings-Ekzeme aus Intertrigo; diese ist fast immer eine Folge von Unreinlichkeit. Ein in Bezug auf Temperatur, Dauer und Wasserhärte vorsichtig bereitetes Kamillen-Kleie-Seifenbad, dem noch aufserdem Milch zugesetzt werden kann, befreit die wunden Flächen von physiologischen und pathologischen Absonderungen, die offen gelassenen Lymphwege können durch 2—3 prozentige Lapispinselungen zum Gerinnungsverschlufs gebracht, und die absaugenden und austrocknenden Pasten oder besser noch Pulververbände können dann direkt auf die angegriffene Partie appliziert werden. Dazu kommt dann als Hauptmoment des Bades seine eminente Resorptionsförderung. Ebenso wie theoretische Gründe, ebenso sprechen die klinischen Erfahrungen für die Bäder. L. hat in weit über 10 000 Ekzemfällen die Bäderbehandlung angewandt, selbst die bullösen und stark nässenden Fälle zeigen schon nach den ersten Bädern nicht nur grofse subjektive Erleichterung, sondern sie werden anstandslos in trockenen Zustand versetzt. Ein Eczema rubrum madidans, der gefürchtete Salzflufs, impetiginöse Krustenausschwitzungen dürfen, wenn man ihnen die Bäder nicht vorenthält, auf eine günstige Wendung in wenigen Tagen rechnen, und auch der viel hartnäckigere Rest subepidermidaler Entzündungsvorgänge geht, wenngleich viel langsamer, aber doch mit derselben Sicherheit der Besserung entgegen. Nebenbei müssen natürlich alle übrigen Erfordernisse der Dermatotherapie erfüllt werden.

L. Hoffmann-Berlin.

Die Beziehungen des seborrhoischen Ekzems zu anderen Krankheiten und sein Einflufs auf deren Behandlung, von MORGAN DOCKZELL. (*Medical Press*, Januar 13, 1892.) Nach einem Überblick über die Anatomie der Knäueldrüsen, ihre

	Milchsäure				Alaun		Weinsäure		Citronensäure		Essigsäure		Salzsäure
	Nährgelatine angesäuert mit		Abkochung von Hausenblase angesäuert mit		Nährgelatine mit		Nährgelatine mit		Nährgelatine		Abkochung von Hausenblase		Abkochung von Hausenblase mit
	1%	0,5%	0,2%	0,1%	0,5%	0,2%	1%	0,25%	8 ccm saure Gelatine mit 10 ccm Natron-karbonat-lösung	8 ccm saure Gelatine mit 4 ccm Natron-karbonat-lösung	0,15%	0,075%	0,075%
Staphylococcus pyogenes albus	+ langsam	+ langsam	0	0	–	0	0	0	+	0	–	0	0
Staphylococcus pyogenes aureus	+ schwach und langsam	0	+	0	+ schwach und langsam	+	+ schwach und langsam	+	0	+ stark	+ schwach	+	0
Staphylococcus pyogenes citreus	+ schwach und langsam	0	+	0	+ schwach und langsam	+	+ schwach und langsam	+	+	0	0	0	+
Erysipelascoccus	–	0	0	0	0	0	0	0	0	–	0	0	0
Bacillus anthracis	0	–	+	+	0	+ besser als auf neutralem Boden	0	0	0	+ sehr charak-teristisch	–	–	+
Soorpilz	+ langsam	+ langsam	+	+	+ langsam	schwach	–	+	+ stark	0	+ schwach	+ schwach	+

Jessner-Königsberg.

Verteilung und ihre Sekrete, sowie über ihre Beziehungen zum seborrhoischen Ekzem setzt Verfasser sich in Widerspruch mit UNNA, der jede Seborrhoe für ein seborrhoisches Ekzem erklärt, während er zwei Formen von Seborrhoe, die Seborrhoea sicca und Seborrhoea oleosa annimmt; tritt Entzündung hinzu, so kommt es zum seborrhoischen Ekzem, welches zwei Primärläsionen, Maculae und Papulae, hat. Letztere treten meist zwischen den Schulterblättern und an den Beugeseiten auf. Sekundär zeigen sich Schuppen und Krusten. Nun folgt eine Schilderung des seborrhoischen Ekzems in seinen einzelnen Lokalisationen und seiner Therapie; auffallenderweise sieht er von Teer und Ichthyol keinen Erfolg. Häufig kombiniert Eczema seborrhoicum sich mit Psoriasis und ändert deren Charakter, indem zu den silberschuppigen, auf Ellbogen und Knie lokalisierten Flecken der Psoriasis solche mit grauen Schuppen an den Beugeseiten treten, die heftig jucken und nicht scharf begrenzt sind, während die Antipsoriatica (? Ref. da doch Chrysarobin auch wohl zu diesen gehört) ohne Erfolg sind. Sehr häufig ist auch ein syphilitisches Exanthem mit Eczema seborrhoicum kompliziert, das seinerseits den Grund für das Auftreten syphilitischer Papeln geeignet macht. Diese Flecke trotzen oft hartnäckig den antiluetischen Mitteln und schwinden bald bei geeigneter Behandlung (mit Ichthyol, Tannin etc.). *F. Hahn-Bremen.*

Pemphigus der Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, von T. HERYNG. (*Nowiny Lekarskie* No. 5. 1892). H. bringt sechs neue Fälle.[1] Es bilden sich auf der Mundschleimhaut, der Zunge, dem Velum und der Epiglottis weifsliche Auflagerungen, welche sich nach einigen Tagen loslösen und eine blutende Erosion hinterlassen. Bedeutende Schmerzen, kein Fieber, keine Hauterscheinungen. Nach Verlauf von 4—6 Monaten kam in 4 Fällen Pemphigus der Haut zum Vorschein (zweimal Pemphigus foliaceus, einmal Pemphigus circinatus und vegetans). Exitus letalis. In den zwei übrigen Fällen blieb die Haut ein volles Jahr intakt. Der weitere Verlauf blieb unbekannt. In diesen Fällen kommt differential-diagnostisch in Betracht die HAJEKsche Pharyngitis fibrinosa (akute gutartige, vier Wochen dauernde Eruption). Nach des Referenten Ansicht sollte man in ähnlichen Fällen sorgfältig die buccale Pemphigoïde (Hydroa buccal) und manche Arzneiexantheme (bullöses Antipyrinexanthem) ausschliefsen. *Funk-Warschau.*

Zirkumskripte Keratose im Larynx, von INFFINGER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1891. No. 47.) Verfasser fand bei einem Patienten die vordere Kommissur zwischen den Stimmbändern von einem Tumor ausgefüllt, aus dem drei spitze weifsliche Erhebungen herausragten. Derselbe wurde abgetragen; die mikroskopische Untersuchung zeigte, dafs er aus zellarmem, mit einer dicken Epithelschicht bedecktem Bindegewebe bestand; die Fortsätze zeigen zwei Schichten: eine Rindenschicht aus dachziegelförmig sich deckenden, verhornten, platten Epithelzellen und eine Centralschicht aus unregelmäfsig aneinander gelagerten Zellen. Dies Bild stimmt weder zur Pachydermie, noch zur Schwiele oder dem Cornu cutaneum. Verfasser nimmt daher einen abnormen Verhornungsprozefs der Epithelien an, den er als Keratosis circumscripta laryngis bezeichnet. *F. Hahn-Bremen.*

b. *der Cutis.*

Zur Erysipelbehandlung, von E. WINCKLER. (*Therap. Monatsh.* No. 5). Verfasser hat ebenso wie WENDEROTH und GOTTSTEIN von dem Sublimatlanolin bei Erysipel günstige Wirkungen gesehen, noch günstigere aber vom Terpentinöl, und zwar wird,

[1] s. MANDELSTAMM, *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 49. 1891.

nachdem die erysipelatöse Haut mit Schwefeläther oder absolutem Alkohol gereinigt ist, Ol. Terebinth. rectific. von der gesunden nach der kranken Haut hin eingerieben und über die so behandelte Hautstelle ein leichter Watteverband gelegt.

L. Hoffmann-Berlin.

In der Versammlung des schweizerischen ärztlichen Zentralvereins in Basel (*Korrespondensbl. f. schw. Ärzte*, No. 17, 1892) stellte Immermann einen Patienten mit **Mycosis fungoides** vor. Das Leiden hatte unter dem Bilde eines Ekzems begonnen, das dann später den charakteristischen knotigen Effloreszenzen Platz gemacht, die sich über Gesicht und ganzen Rücken verbreiteten. Einige derselben haben sich zurückgebildet und sind durch dunkle Pigmentflecke ersetzt. Die histologische Untersuchung der Knoten ergiebt grofszellige Wucherungen im Korium; keine Mikrobien.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Fall von Elephantiasis scroti, von Ch. Fenger. (*Amer. Journ. of the med. science.* Oktober, 1891.) Dieser ganz besonders hochgradige Fall wurde im Deutschen Hospital in Chikago in der Weise operiert, dafs man am Stiele der Geschwulst vorn drei Lappen (der mittlere war etwas länger als die seitlichen), hinten nur einen bildete. Dann wurden die Hoden und der Penis freigelegt, die Geschwulst abgetragen und die Geschlechtsorgane mit den gebildeten Lappen bedeckt. Die Heilung verlief glatt, der Erfolg war ganz vorzüglich. 2 Abbildungen (Ansicht vor und nach der Operation) sind der Abhandlung beigefügt. *P. Taenzer-Bremen.*

Schwere Infektion durch Staphylococcus pyogenes aureus. (Kottbus, Med. Verein, ref. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1891, No. 93). Ausgehend von einer Schrunde am Kinn bildete sich eine karbunkelähnliche Anschwellung daselbst, am zweiten Tage traten ähnliche an den Armen auf, eine Pleuropneumonie führte zum Tode. Trotzdem die Infektion unter dem Bilde des Milzbrands verlief, ergab die bakteriologische Untersuchung Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus. *F. Hahn-Bremen.*

Idioneurosen.

Über die Verwendung des Menthols bei pruriginösen Hautaffektionen, von P. Colombini (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. I. 1892). C. hat bei 44 mit pruriginösen Hautaffektionen behafteten Patienten das Menthol angewendet in Form alkoholischer (10%) und öliger (5—10%) Lösungen, von Pasten (½—3%) und von Streupulver (2—6%). Bei einer ersten Gruppe von Fällen, wo der Pruritus durch die Hauteruption bedingt war (Eczema, Prurigo, Skabies nach Vertilgung der Milben) hat er das Menthol in Pastenform mit Salizylsäurezusatz (nach Lassar) appliziert. Bei Anwesenheit von Exkoriationen wurde die Konzentration des Mentholgehalts, wegen des Verursachens von Brennen möglichst niedrig gewählt. Der Erfolg war sehr befriedigend, besonders bei postskabiösem Ekzem. Bei einer zweiten Gruppe, wo der Pruritus das alleinige Krankheitssymptom bildete (pruritus nervosus) war der günstige Effekt weniger konstant. In einer dritten Kategorie von Fällen, bei der die Hautaffektion durch das Kratzen verursacht war (Urtikaria, gewisse Ekzemsorten) war der Erfolg am konstantesten und äufserst frappant.

Die Nachteile, welche der Mentholtherapie zuweilen anhaften, bestehen in einem gewissen Gefühle von Brennen oder auch von Kälte, das sich besonders bei ausgebreiteter Applikation bis zur Unerträglichkeit steigern kann, besonders bei Verwendung der spirituösen Lösungen ölige Vehikel wurden in diesen Fällen besser ertragen. Ferner müssen die Dosen etwas herabgesetzt werden bei Applikation des Menthols auf Gesicht, Vulva und, wie bereits versucht, auf exkoriierten Stellen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Gonorrhoe und Komplikationen.

Beitrag zum Studium der Gonorrhoe, von E. WERTHEIM-PRAGER. (Referiert aus *Journal des Connaissances médicales*, in *Journal des mal. cut. et syph.*, 1892, S. 71.) Die Gonokokken gedeihen am besten im Menschenblut-Serum, dasselbe muſs aber nach 4—5 Wochen erneuert werden, widrigenfalls sie absterben. Auf die Harnröhre eines Menschen übertragen, erzeugt eine lebensfähige Kultur daselbst einen regelrechten Tripper, wie Verf. sich 5 mal überzeugt hat. In das Peritoneum von Tieren gebracht, bewirken sie daselbst, in derselben Weise wie die gezüchteten Mikrobien, eine Peritonitis. *Türkheim-Hamburg.*

Ein weiterer Beitrag zum Studium der Albuminurie im Gefolge des Trippers, von F. BALZER und A. SOUPLET. (*Annales de derm. et de syph.*, 1892, S. 113.) Seit ihrer früheren Veröffentlichung (*Mercredi médical*, April 1891) haben die Verfasser in 424 weiteren Fällen von Tripper 99 mal Albuminurie beobachtet. Von diesen scheiden sie 45 Fälle als nicht ganz unanfechtbar aus. Von den nachbleibenden 54 Fällen waren 42 mit Orchitis kompliziert, 6 mit Orchitis und Cystitis, 3 nur mit Cystitis.

In den meisten Fällen macht die Albuminurie keinerlei Symptome und dauert im Mittel 7—8 Tage; in anderen Fällen geht sie mit fieberhafter Allgemein-Erkrankung, Kopf- und Gliederschmerz, belegter Zunge einher. Diese Form findet sich namentlich bei den mit Orchitis verbundenen Fällen und wird von den Verfassern auf eine Infektion des Körpers durch das gonorrhoische Gift zurückgeführt, kommt aber daneben auch durch ein Fortschreiten der urethritischen Entzündung mittelst Cystitis und Pyelo-Nephritis zu stande.

Die Behandlung erfordert in den schweren Fällen Bettruhe und Milchdiät neben alkalinischen Getränken. Die leichteren Formen erfordern keine besondere Behandlung. — Prognostisch halten die Verfasser die Albuminurie beim Tripper für durchaus nicht gleichgültig. *Türkheim-Hamburg.*

Über gonorrhoische Peritonitis beim Manne, von M. HOROWITZ. (*Wiener med. Wochenschr.* 1892. 2.) Zu den schwersten Erscheinungen der Epididymitis gonorrhoica gehören die Erkrankungen des Peritoneum; dieselbe kann auf drei Wegen eintreten: 1. fortgepflanzt durch die Gefäſse des Plexus spermaticus, 2. das ampulläre Endstück des Vas deferens, 3. das von HOROWITZ und ZEISSL beschriebene Lymphgefäſs des Vas deferens. — Krankengeschichte von übrigens durchweg günstig verlaufenen Fällen erläuternden verschiedenen Modus der Entstehung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Verhältnis zwischen Gonorrhoe und Tuberkulose, von KARL WILHELM. (Inaugural-Dissertation, Königsberg i. Pr. 1892.) An der Hand der in der Litteratur niedergelegten Mitteilungen und Krankheitsfälle von Zusammentreffen von Gonorrhoe und Tuberkulose und eines selbst beobachteten Falles prüft Verfasser, ob zwischen beiden Leiden irgend ein Abhängigkeitsverhältnis besteht, inwieweit das Bestehen des einen Leidens das Entstehen oder den Verlauf des anderen zu beeinflussen vermag. Er kommt zu dem Schlusse, daſs bei gleichzeitigem Vorkommen von Gonorrhoe und Tuberkulose es sich wahrscheinlich meistens um eine gonorrhoische Infektion bei einem tuberkulösen Individuum handelt; vielleicht wird die Tuberkulose durch die Gonorrhoe zu rascherem Verlaufe angeregt. Eine gleichzeitig erfolgende Mischinfektion hält er für nicht sicher bewiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. | No. 4. | 15. August 1892.

Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut.

Von

Dr. LUDWIG TÖRÖK
in Budapest.

(Fortsetzung.)

II. Die Dariersche Dermatose. (Psorospermose folliculaire végétante.)

Nach der zweiten Publikation WHITES über die DARIERsche Dermatose (Keratosis follicularis, a second case, *Journ. of cut. and gen. urin. dis.* Januar 1890) sind noch je ein Fall derselben von LUSTGARTEN, BUZZI und MIETHKE, MANSSUROFF, ZELENEFF[1] und SCHWIMMER und vier Fälle von CAESAR BOECK beschrieben worden. In dem Artikel WHITES hat sich bekanntlich BOWEN, der den Fall histologisch untersuchte, gegen die parasitäre Natur der von DARIER als Protozoën aufgefaſsten Gebilde erklärt. LUSTGARTEN (X. internat. med. Kongreſs in Berlin, Sekt. f. Derm., und *Journ. of cut. and gen. urin. dis.*, Jan. 1891, zit. nach BOECK) schlieſst sich in seinen Ausführungen vollkommen DARIER an. Auch MANSSUROFF spricht sich für die krankheitserregende Rolle der in einem Falle von „Psorospermosis fibroma molluscum" aufgefundenen Coccidien aus (ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. XII. S. 328). SCHWIMMER (*Ergänzgshft. z. Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. I. H.: Verh. der deutsch. derm. Gesellsch. Leipzig, S. 76) nennt die fraglichen Gebilde „Parasiten", doch fehlt in seinem Artikel eine detaillierte Beschreibung seiner Befunde und eine Begründung der erwähnten Auffassung.

BUZZI und MIETHKE (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XII. No. 1 u. 2.: Über die Dariersche Dermatose an der Hand eines selbst beobachteten Falles) fanden, daſs die in den tieferen Schichten intra- und extrazellulär vorkommenden, mit Membran, Protoplasma und Kern ausgestatteten, rundlichen Gebilde (DARIERS corps ronds) von unten nach oben rückend einem Verhornungsprozesse unterliegen, wie die echten Epithelzellen. Entsprechend dieser Metamorphose treten in ihnen — wie auch schon BOWEN nachgewiesen — Keratohyalinkörner, später Eleidintropfen

[1] *The Brit. Journ. of Derm.* 1891. August. S. 267, zit. nach BOECK.

auf und sie werden resistent gegen die künstliche Verdauung. Sie erklären sich demnach mit BOWEN und mit dem Zoologen JOSEPH SEIDY aus Philadelphia, der die Präparate von den WHITEschen Fällen gesehen hat, gegen die Anerkennung dieser Gebilde als Psorospermien. Sie halten dieselben für eigentümlich veränderte Epithelzellen, die interzellulären Formen für Produkte einer endogenen Zellenbildung.

Noch bestimmter wird die antiparasitäre Auffassung von CAESAR BOECK (Vier Fälle Darierscher Krankheit, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. H. 6. S. 857) vertreten. Die fraglichen Zellen sind nach ihm von rundlicher Form, besitzen einen dicken Hornmantel, körniges Protoplasma, einen evidenten Epidermiszellenkern, mit einem oder zwei Kernkörperchen und enthalten in den meisten Fällen eine grofse Menge Eleidinkörner. B. konnte sich nicht davon überzeugen, dafs diese eigentümlich veränderten, grofsen Epidermiszellen jemals intrazellulär liegen. Es handelt sich also hier nicht um Coccidien, sondern um eine verfrühte und unregelmäfsige Verhornung von Epidermiszellen. Ebenso erklärt er, mit BUZZI und MIETHKE, die kleineren, rundlichen oder ovalen „grains“ der Hornschicht, welche oft noch einen geschrumpften Kern enthalten und des öfteren in Gruppen liegen, für verhornte Epidermiszellen.

Gegen die Auffassung der Darierschen Dermatose als parasitäre Erkrankung und vielmehr für die Annahme von kongenitalen, vielleicht erblichen Anomalien des Hautorgans bei ihrer Entstehung sprechen die Fälle, wo die Erkrankung gleich in den ersten Lebenstagen auftrat (BUZZI und MIETHKE); des weiteren, dafs sich dieselbe in zwei anderen Fällen vom Vater auf dessen Kinder zu vererben schien (bei WHITE vom Vater auf die Tochter, bei BOECK vom Vater auf dessen beide Söhne). In dem Falle WHITES lebte die 21jährige Patientin seit ihrem ersten Lebensjahre von ihrem Vater getrennt, die Krankheit entwickelte sich erst im fünften Jahre ihres Lebens; es geht also nicht gut an, hier an eine Infektion in der Familie zu denken. NEISSER (l. c.) hebt aufserdem noch die mangelnde Kontagiosität unter Eheleuten in dieser Richtung hervor.

III. Karzinom und Pagets Disease.[2]

Bei dem Epithelioma contagiosum und der Darierschen Krankheit dreht sich die wissenschaftliche Kontroverse um je eine Art von allen Autoren in gleicher Weise gefundener, jedoch verschieden gedeuteter Gebilde, welche bei jedem der genannten Prozesse in gesetzmäfsiger Weise vorhanden sind. Anders beim Karzinom. Abgesehen von den Formen, welche MALASSEZ, DARIER und WICKHAM bei der Pagetschen Krankheit,

[2] Die Pagetsche Erkrankung wurde mit Rücksicht auf ihre Beziehungen zum Karzinom und auf die Gemeinsamkeit gewisser Formen von Zelleinschlüssen mit dem Krebse in einem Kapitel referiert.

Malassez und Albarran bei Krebsgeschwülsten beschrieben haben, wurden von den folgenden Autoren verschiedene Gebilde in den Kernen und Leibern der Krebszellen konstatiert, welche von einigen als Protozoën angesprochen wurden, während andere sich gegen die Deutung derselben als Lebewesen erklärten. Bei der Mannigfaltigkeit der Befunde und der Verschiedenheit der an dieselben sich knüpfenden Deutungen fand ich es angezeigt, von den in Betracht kommenden Arbeiten nach Möglichkeit detaillierte Auszüge zu geben, um die Leser besser zu orientieren. Man möge entschuldigen, wenn aus diesem Grunde mein Referat etwas zu sehr an Breite gewann. Ich habe des weiteren die Publikationen nach den in denselben vertretenen Standpunkten (für oder gegen die parasitäre Auffassung) gruppiert und von der chronologischen Reihenfolge derselben ganz abgesehen.

Angeregt durch eine Entdeckung von Steinhaus (Über parasitäre Einschlüsse in den Pankreaszellen der Amphibien, *Beiträge zur pathologischen Anat. etc.* von Ziegler. 1890. S. 365), welcher ein wurmförmiges Zytozoon der Pankreaszellen beim Salamander nachgewiesen zu haben vermeinte, publizierte Thoma in einer kurzen Mitteilung (*Fortschritte der Medizin.* 1889) Befunde, welche er an Karzinomen gemacht hatte und die er als parasitäre Einschlüsse der Krebszellen deutete. Es sind dies intranukleär gelegene Körperchen von runder, ovaler, unregelmäßiger oder wetzsteinartiger Form und starkem Lichtbrechungsvermögen. Sie kommen einzeln oder bis 4 oder 6 in einem Kerne vor, welcher gewöhnlich blasenförmig und schlecht färbbar ist. Er konnte an diesen Gebilden Protoplasma und Kern, zuweilen auch ein Kernkörperchen unterscheiden. Manchmal sah er auch intranukleär gelegene, feinkörnige oder homogene, stark glänzende Kugeln, welche kernähnliche Gebilde enthielten.

Nils Sjöbring (Ein parasitärer protozoënartiger Organismus in Karzinomen, *Fortschritte der Medizin.* 1890. VIII. 14. S. 529) stellte seine Untersuchungen hauptsächlich an einem Brustkrebs an. Seine Befunde sind, wie er selbst erklärt, von denen Wickhams verschieden. Er fand im Zellprotoplasma, zumeist in der Nähe des Kernes der Krebszelle, in Vakuolen gelagerte kleine, komogene, membran- und kernlose Körperchen, welche sich durch Eosin intensiver als das umgebende Zellprotoplasma färben ließen. Die größeren Exemplare waren etwas gekörnt, enthielten oft durch Hämatoxylin gefärbte Partikelchen, welche nach S. aus dem Kerne der Wirtzelle aufgenommen wurden, und konnten endlich beinahe die ganze Wirtzelle erfüllen und den Kern derselben beiseite drängen und abplatten. Ähnliche kleine „Sarkoden“ fand er auch in den Kernen, oft auch zu mehreren in ein und demselben. Auch diese konnten Chromatinpartikelchen aus dem Kerne der Wirtzellen enthalten und waren ebenfalls

von einem lichten Hofe umgeben. S. ist der Meinung, daſs die letzteren Gebilde mit den von THOMA beschriebenen identisch seien. Bei der Diagnose der Sarkoden legte S. wegen der Schwierigkeit der Unterscheidung dieser Körperchen von den Nukleolen das entscheidende Gewicht auf die Konstatierung des hellen Hofes, welcher aber nicht immer nachweisbar war. S. fand auch längliche „gröſsere Sarkoden“ im Zellprotoplasma, welche gröſsere Chromatinbröckelchen enthielten und in den Kern eindrangen; ähnliche lagen auch zwischen den Zellen. Solche Bildungen, kleine und groſse, fand der Autor in erweichten und zerfallenen Herden der Geschwulst. Auch im Lumen der Drüsengänge will S. als Sarkoden zu deutende Gebilde gesehen haben.

In den gröſseren Plasmodien treten Vakuolen auf, welche später aufgesogen werden, das Chromatin wird ausgestoſsen und der ganze Körper umgiebt sich mit einer Membran. Gleichzeitig bilden sich kleine gebogene Stäbchen, welche intensiv färbbar sind und sich mit hyalinen Höfen umgeben. Auch diese erhalten dann eine Grenzmembran. In diesem Stadium läſst sich jedoch infolge des starken Lichtbrechungsvermögens der Höfe nichts bestimmtes über die Form der Einschlüsse sagen. Diese von einer Membran umschlossenen Gebilde werden als Sporen gedeutet. Die letzteren Formen werden nur selten angetroffen, die Sarkodeformen jedoch in sehr groſsen Mengen. S. glaubt, daſs der von ihm beschriebene Parasit den Mikrosporidien beizuzählen sei, da ihm ein Kern abgeht.

In der Sektion für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie des X. internationalen medizinischen Kongresses in Berlin sprach SIEGENBECK VAN HEUKELOM: Über intrazelluläre Gebilde bei Karzinomen (s. auch *Centralbl. f. allgem. Path.* etc. von ZIEGLER. 1890. S. 704). Derselbe hat fast 200 Karzinome verschiedenen Ursprunges und verschiedenen Baues untersucht und folgende Gebilde in denselben gefunden:

1. Groſse Kugeln. Dieselben waren fast durchgängig völlig rund, hin und wieder ein wenig oval, zuweilen doppelt konturiert. Sie lagen intrazellulär, ihr Inhalt war protoplasmatisch und zeigte oft einen kernartigen Körper, der durch Karmin schön gefärbt wurde. Füllte der protoplasmatische Inhalt die intrazelluläre hohle Kugel nicht vollständig aus, dann färbte sich der kernartige Körper nicht. Der Kern der Wirtzelle war flach und zur Seite gedrückt. Diese Figuren sollen mit den von WICKHAM beschriebenen, einigermaſsen auch mit den von SJÖBRING abgebildeten Gebilden identisch sein. Sie überschritten die Gröſse einer gewöhnlichen Epithelzelle, fanden sich bei primären Krebsen gewöhnlich nicht an Stellen von groſser Proliferation (bei Pflasterkrebsen in der Nähe der Hornperlen). Hatten sie einen oder mehrere Kerne, dann waren sie von Epithelzellen sehr schwer oder gar nicht zu unterscheiden. In kleinzelligen Karzinomen kamen sie nicht vor. Die Vermutung, daſs es

sich um Degenerationsprodukte handeln könnte, weist H. entschieden zurück.

2. Kleine Kügelchen von der halben Gröfse eines Chromozyt bis zu deren fünffacher; sie wurden durch Karmin gar nicht, durch Eosin nur leicht gefärbt und lagen im Protoplasma, bisweilen auch im Kern oder gegen diesen und waren nicht stark lichtbrechend. Von diesen Kügelchen kamen Übergänge zu den grofsen vor.

3. Kleine, stark lichtbrechende, helle Kugeln, welche den Kern einstülpten, und zuweilen kleinere Kügelchen oder eine stark grünglänzende Masse, die zeitweilig ein durch Karmin gefärbtes Körperchen beherbergte, enthielten. Diese fand S. v. H. bei allen Karzinomen, besonders an Stellen mit reger Proliferation, z. B. in den äufsersten Zellreihen der Krebszapfen.

4. Kleine, intranukleäre, glitzernde, durch Karmin nicht färbbare Pünktchen und Kügelchen, bald einzeln, bald zu mehreren, zuweilen umgeben von einem lichten Hof. Von diesen glaubt S. v. H., dafs sie mit den von Thoma beschriebenen Gebilden identisch sind.

5. In Epithelzellen, in dünnwandigen Säcken, aber auch zu Tausenden frei im Gewebe den Leukozyten ähnliche, mit zwei bis drei scharf konturierten Chromatinkörperchen versehene Gebilde. Sie kamen nicht in allen Karzinomen vor, manchmal jedoch an Stellen, wo in der Nachbarschaft kein Infiltrat zu finden war. Sie sind kleiner als Leukozyten, und S. v. H. neigt zur Ansicht, dafs sie von letzteren zu unterscheiden seien.

6. Stark lichtbrechende, tropfenförmige, glänzende Körper in allen möglichen Gröfsen, vereinzelt oder in grofsen Massen, intrazellulär, sowie auch zwischen den Epithelien und im Bindegewebsstroma.

S. v. H. spricht sich zwar sehr reserviert über die Natur der von ihm gefundenen Gebilde aus; er konstatiert zunächst blofs, dafs sich bei allen Karzinomen Epithelzellen finden, die in ihrem Innern Gebilde umschliefsen, welche in normalen Epithelien nicht vorkommen, er zeigt jedoch eher Neigung, diese Gebilde als Protozoën aufzufassen, obwohl er in denselben vorläufig nicht das ätiologische Moment für den Krebs erblicken will.

In der Sektion für Chirurgie des X. internationalen Kongresses (*Verhandl.* etc. Bd. III. S. 237, Sur le rôle des psorospermies dans le développement, de plaques épithéliales et de certains épithéliomes de la vessie) demonstrierte Albarran Präparate, welche von drei Blasenkarzinomen stammten. Die hier von ihm gefundenen Psorospermien, von denen er blofs eine sehr kurze Beschreibung giebt, hatten einen doppelten Kontur, ein bis zwei Kerne, lagen inmitten des Oberflächenepithels und der Krebsalveolen, zuweilen auch intraepithelial, und der Kern der Wirtzelle war dann zur Seite gedrängt. Er konnte noch ein anderes Stadium

der Entwickelung auffinden, welches durch eine grofse, ovale Cyste, mit einer grofsen Anzahl gebogener, nukleärer Körperchen erfüllt, repräsentiert wurde. Leider fehlt eine genauere Beschreibung und Abbildung dieses Befundes. Er erwähnt des weiteren seine älteren schon bekannten Befunde.

RUSSEL (An address on a characteristic organism of cancer. *The Brit. Med. Journ.* 1890. No. 1563. S. 1356) beschrieb 4 μ bis 12 μ grofse, homogene, zumeist in Gruppen zu 2—20 und mehr stehende, runde Körper, welche er wegen ihrer Affinität zu Fuchsin Fuchsinkörperchen nannte. Sie sind zumeist von einem hellen Hofe umgeben. Manche verlieren ihr charakteristisches Färbungsvermögen, werden granuliert, degenerieren, und man erkennt dann in ihnen Sporen. Sie liegen im Zellprotoplasma, aber auch in den Kernen und zwischen den Zellen. Aus dem Umstande, dafs sie in Reihen liegen können, wobei sich kleinere Kugeln an gröfsere anschliefsen, folgert R., dafs es Sprofspilze seien. Diese Körperchen hat R. in 43 von 45 Fällen verschiedener Karzinome, aber auch in einem grofszelligen Sarkom, einem Brustdrüsenadenom, in einem Gumma der harten Hirnhaut, in einem Falle einer frischen, syphilitischen, destruktiven Veränderung des Larynx in der Sekundärperiode, in einem Ohrpolypen, in einem Falle tuberkulöser, „gelatinöser Entartung“ des Kniegelenks und in einem Präparate eines grofsen Ulcus cruris gefunden.

RAMSAY WRIGHT (*The pathogenic Sporozoa. Formal opening of the new building of the biological departement of the university of Toronto.* Toronto. 1890, citiert nach STRÖBE: Neuere Arbeiten über Histogenese und Ätiologie des Karzinoms, *Centralbl. f. allg. Path.* etc. 1891. No. 10) erwähnt die Befunde, welche MACALLUM und CAVEN unter seiner Leitung gemacht haben. Diese zeigen morphologisch dasselbe Verhalten, wie die von MALASSEZ, PFEIFFER und THOMA beschriebenen Parasiten.

KOSSINSKI (*Über Physaliphoren in Krebsgeschwülsten*, Warschau. 1890, zit. nach PODWYSSOZKI und SAWTSCHENKO) beschreibt Gebilde, welche mit den intrazellulären Sporozoën der Pagetschen Krankheit identisch sind; den früheren Beschreibungen fügt er einige Einzelheiten hinzu. Die aus einem zartgekörnten Protoplasma bestehenden runden Zelleinschlüsse enthalten saphranophile, sichelförmige Körperchen. Auf Grund namentlich des letzteren Befundes neigt K. eher zu Gunsten der parasitären Hypothese, als zu derjenigen der Leukozyteneinwanderung und irgend welcher Degenerationserscheinung.

Eine von PODWYSSOZKI und SAWTSCHENKO zitierte Arbeit von SUDAKEWITSCH (*Wratsch.* 1891. No. 49) war mir ebenso wie die frühere unzugänglich. Da in dem sogleich zu besprechenden Artikel von P. u. S. die Ergebnisse der morphologischen Untersuchungen von S. nicht mitgeteilt werden, kann ich hier nur anfügen, dafs der letztere sich ebenfalls der parasitären Theorie anschliefst.

Podwyssozki und Sawtschenko (Über Parasitismus bei Karzinomen nebst Beschreibung einiger in den Karzinomgeschwülsten schmarotzenden Sporozoën, *Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1892. XI. No. 16, 17, 18) haben „die Gegenwart verschiedener Entwickelungsstadien intrazellulärer Sporozoën“ in mehr als 20 Fällen karzinomatöser Entartung differenter Organe nachzuweisen versucht. In einigen Krebsen fehlten sie jedoch vollkommen. P. und S. behaupten, daſs „je stärker die Intensität der karzinomatösen Wucherung ausgeprägt ist, je zahlreicher die Mitosen in den Krebszellen sind, je lockerer die Geschwulst und je mehr Neigung dieselbe zum Zerfallen besitzt, um so gröſser auch die Menge der in ihren Zellen anzutreffenden Schmarotzer“ sei. Die „Schmarotzer“ haben P. und S. in gröſster Zahl in Hoden- und Brustkrebsen gefunden und zwar sowohl intra- als interzellulär. Innerhalb der Kerne konnten sie keine konstatieren, ebensowenig in Blutkapillaren. Diese Schmarotzer kamen als vereinzelte oder zu Konglomeraten vereinigte kleinere und gröſsere Individuen vor. Zu einer definitiven Überzeugung, es mit Sporozoën zu thun zu haben, kamen P. und S. erst, als sie reife Individuen gesehen hatten, welche mit den für ein gewisses Entwickelungsstadium der Coccidien und Sporidien charakteristischen, sichelförmigen Embryonen ausgefüllt waren. Bei starker Vergröſserung der groſsen, reifen, kugelartigen, intrazellulären „Schmarotzer“ bemerkten sie nämlich, daſs sie sichelförmige Körperchen enthielten, welche ein oder zwei Kerne besitzen. Sie stützen ihre Meinung noch damit, daſs ähnliches auch beim Caryophagus Salamandrae von Steinhaus beschrieben wurde. Solche Cystenformen fanden sich übrigens selten. Viel häufiger fanden P. und S. kugelartige Gebilde, deren Chromatinsubstanz bald die Form knopfartiger, bald halbmondförmiger, spindelförmiger oder schiffähnlicher Figuren annahm. Die groſsen Konglomerate lagen öfter in den intrazellulären Spalten, und die cystische Form war an ihnen nicht immer ausgeprägt. Auch diese Formen sind seltener, und wurden in Kankroiden z. B. gar nicht gefunden. P. und S. nehmen an, daſs diese sichelförmigen Gebilde der reifen Parasiten in die benachbarten Epithelzellen eindringen und dort in das Ruhestadium übergehen. Auſser den sichelförmigen Figuren, welche auch von den kleinsten Individuen hervorgebracht werden, kamen noch andere Formen vor, welche direkte Teilung des Körpers des Schmarotzers aufwiesen. Diese erklären P. und S. für eine andere Art von Sporozoën. Kleine Sporozoën fanden sich auch in Zellen, deren Kerne in karyokinetischer Teilung begriffen waren. Da P. und S. in einigen Karzinomen diese Gebilde nicht fanden, sondern intrazelluläre, groſse, runde Kugeln, versehen mit zwei oder mehreren chromatinartigen, runden oder langen Körperchen, so glauben sie, daſs bei verschiedenen Karzinomarten verschiedene Parasiten beteiligt sein können.

Während die bisher genannten Autoren mit mehr oder minder großer Entschiedenheit für die parasitäre Natur der von ihnen beobachteten Gebilde eintreten, nehmen die folgenden einen vorsichtigeren Standpunkt ein. Sie lassen die Frage unentschieden, doch sind sie der parasitären Theorie nicht abgeneigt.

Stroebe (Zelluläre Vorgänge und Erscheinungen in Geschwülsten. *Beiträge zur path. Anat.* etc. von Ziegler 1891, Bd. XI 1) konnte die schon von Klebs beobachtete Erscheinung der Phagozytose bei einer großen Anzahl von Karzinomen feststellen, und zwar waren es nicht bloß die epithelialen Elemente, welche Leukozyten einschlossen, sondern auch die Stromazellen. Das weitere Schicksal der eingeschlossenen Leukozyten ist deren Untergang, welchen Stroebe ähnlich, wie Nikiforoff bei entzündlichem Granulationsgewebe, beschreibt. Die Leukozyten scheinen häufig in einer Vakuole zu liegen, ihr Protoplasma ist oft durchscheinender als das der Geschwulstzelle, ihr Kern fragmentiert und durch Saffranin intensiv gefärbt; oft fanden sich bloß Trümmer des Kernes als intensiv gefärbte homogene Tropfen oder als kleinste Körner vor; bei anderen war die färbbare Substanz gänzlich geschwunden, und an der Stelle des weißen Blutkörperchens befand sich bloß eine helle, vakuolenartige Stelle; des öfteren war das Protoplasma der Leukozyten mit dem Protoplasma der Geschwulstzelle verschmolzen, und bloß einige chromatische Körner waren sichtbar. In Riesenzellen konnten mehrere mono- oder polynukleäre Leukozyten eingeschlossen sein.

Von dieser Phagozytose muß der von Klebs als „Intussusception" angedeutete Vorgang getrennt werden, bei welchem weiße Blutkörperchen in nekrotische oder im Absterben begriffene Geschwulstzellen einwandern. Oft gewinnt man dann ein Bild, als wäre eine Gruppe von Leukozyten von einem schmalen Protoplasmasaume umgeben.

Neben diesen eingeschlossenen Leukozyten beschreibt aber Stroebe noch andere intrazelluläre Gebilde an Karzinomzellen. Vor allem weist er darauf hin, daß die Zellkerne sehr häufig eine bedeutende Anzahl, recht großer, glänzender, homogener, in Saffranin intensiv färbbarer Körner und Bälkchen im Chromatinnetz besitzen. Diese sind oft unregelmäßig, wetzstein-, navizellen- oder lanzettförmig. Infolge ihrer Form, Größe und Anzahl sind sie nicht als Nukleolen zu deuten. Die entsprechenden Zellen sind oft geschrumpft grobkörnig oder gebleicht und zeigen in letzterem Falle einen hellen Hof um den Kern. Im Gegensatze zu Klebs faßt Stroebe diese Kernveränderung als regressive Erscheinung auf und stellt sie in eine Reihe mit Vorgängen, welche Pfitzner bei Verletzungen an in der Nähe der Wunde gelegenen, untergehenden Zellkernen und Arnold bei der Degeneration von Leukozyten beschrieben haben. Diese Veränderungen treten gewöhnlich herdweise auf, und in diesen Herden

finden sich Leukozyten, oft auch Haemorrhagien. Doch konnte sich Stroebe nie von einer Aufnahme chromatischer Substanz der Leukozyten in die Krebszellenkerne überzeugen. Diese Gebilde sind es wahrscheinlich, welche Thoma als parasitäre Organismen beschrieb; Str. fand jedoch nie einen Kern in denselben. Sie treten auch in der Nähe der Kernwand auf und sind dann der von Arnold bei Leukozyten beschriebenen Kernwanddegeneration zu vergleichen, bei welcher stark tingible, oft sichelförmige, an die Kernwand sich anschliefsende Kernabschnitte erscheinen. Diese Lanzetten liegen oft in Kernen von verminderter Färbbarkeit oder in mit stark gefärbten Tropfen und Körnern erfüllten, also auch sonst degenerierten Kernen. Im weiteren Verlaufe des Degenerationsprozesses liegen diese Körper frei im Zellleib, inmitten einer etwas verdichteten Protoplasmazone. Neben dem degenierten Kerne konnte Str. in derselben Zelle auch eine karyokinetische Figur beobachten. Die lanzettförmigen Körperchen treten in Gemeinschaft mit intensiv färbbaren Tropfen auch in Vakuolen auf, welche sich dem Zellkerne eng anschmiegen. Es ist nun schwer zu entscheiden, ob sich die Vakuole aus dem Kern gebildet oder ob der eine Kern einer ursprünglich zweikernigen Zelle sich zur Vakuole umgebildet hat.

Ähnliche Vakuolen, aber mit feinen Bälkchen und chromatischer Wandschicht versehen, finden sich im Kern, aber auch im Zellprotoplasma. Diese Gebilde sind eiförmig, an ihren beiden Polen durch je eine scharf rot gefärbte dickere Schale von der Form einer Kugelhaube begrenzt, die gegen den Äquator der hellen Blase allmählich an Dicke verliert. Manchmal fand er mehrere ähnliche Gebilde in einer gröfseren Vakuole, doch schienen sie hier zarter, mit den vorigen nicht identisch zu sein. Am prägnantesten fand Str. die lanzettförmigen Gebilde und die hellen, rundlichen Formen in Brustkrebsen; sie waren aber auch in einem melanotischen Alveolarsarkom zu konstatieren; die degenerierenden Stellen waren entschieden von ihnen bevorzugt. Str. beschreibt aufserdem noch durch Saffranin intensiv gefärbte Kugeln, welche er in Gruppen im Stroma fand.

Was die rundlichen Gebilde betrifft, so weist Str. entschieden deren Auffassung als Leukozyten zurück; gegen die Annahme, dafs es rote Blutkörperchen seien, spricht ihr feines Balkenwerk. Es drängte sich ihm also die Annahme eines Parasiten auf. Im Hinblick auf diese eine Form von Gebilden, welche nicht gut einer befriedigenden Deutung unterworfen werden konnten, zieht nun Str. einen Vergleich zwischen seinen sämtlichen Befunden und den von Pfeiffer als Entwickelungsstadien der Sporozoën publizierten Bilder, und versucht sie alle von dem Gesichtspunkte der Entwickelung eines Parasiten aneinander zu reihen. Str. selbst giebt zu, dafs dabei etwas Phantasie mitspielt, und erklärt endlich,

daſs er trotz nicht zu verkennender Ahnlichkeiten die Gegenwart von Coccidien oder Sporidien in Karzinomen noch keineswegs als erwiesen betrachtet; er vermag aber den fraglichen Zellbildern auch keine andersartige Deutung (etwa im Sinne degenerativer Prozesse) mit Sicherheit zu geben.

Steinhaus (Über abnorme Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe, *Centralbl. f. allg. Path. und pathol. Anat.* 1891. No. 14. S. 593) beschreibt an den Zellenkernen eines Melanosarkoms und einer zirrhotischen Leber vakuolenartige Gebilde verschiedener Gröſse, welche einzeln oder zu mehreren in einem Kerne auftraten, sich entweder gar nicht oder rot (Saffranin) oder blau (Hämatoxylin) in verschiedener Intensität färbten. Oft waren verschieden gefärbte Vakuolen zu gleicher Zeit an einem Kerne zu beobachten. Ob er es hier mit Parasiteneinschlüssen oder Degenerationprodukten zu thun hatte, läſst St. unentschieden. St. hat auch die Präparate Podwyssozkis, in welchen derselbe neben vakuolärer Degeneration der Leberzellenkerne parasitäre Coccidien gesehen haben wollte, untersucht. Er sieht jedoch keinen genügenden Grund, die runden Körperchen in den Vakuolen als Sporen, mithin auch die sie einschlieſsenden Vakuolen als Coccidien zu deuten. St. zitiert noch die Befunde Carnoys, Whitwills, Zieglers und Klebs', welche unter verschiedenen Verhältnissen das Auftreten von Vakuolen in Zellkernen beobachtet und beschrieben haben.

Steinhaus (Über Karzinom-Einschlüsse, *Virchows Archiv.* 1891. Bd. CXXVI) untersuchte des weiteren 30 Krebse, von welchen nur wenige Einschlüsse in gröſserer Zahl enthielten (Brustdrüsenkrebse), in den meisten waren sie nur spärlich vertreten; manchmal fehlten sie gänzlich. Zellkern-Einschlüsse fand er nur in einem Mamma-Karzinom.

Die Zellkern-Einschlüsse traten entweder solitär oder multipel auf; sie waren rund oder oval, scharf konturiert — diese Kontur von der Chromatinsubstanz des Kerns gebildet, — manchmal von einem nicht färbbaren Saume umgeben und färbten sich wie das Zellprotoplasma. Sie waren entweder homogen oder enthielten einen Fleck mit stark gefärbten Körnchen im Innern, selten einen sichelförmigen oder unregelmäſsigen Chromatinkörper.

Die Zellenleib-Einschlüsse waren 1. protoplasmatische Kugeln resp. Ovoide, von einem hellen Saume umgeben. Diese lagen manchmal in einer Einkerbung des Kerns und werden von Steinhaus mit den Kern-Einschlüssen identifiziert. Manchmal enthielten sie durch Kernfarbstoffe tingierte Körner, zumeist bloſs einen, manchmal mehrere, welche gleich groſs sein oder alle möglichen Gröſsendifferenzen aufweisen konnten. Er bemerkte an den Körnern auch Differenzen in der Färbungsintensität. Die Körner waren zumeist kugelig, doch sah er auch solche, die im Querschnitt halbmond-,

komma-, bogen- oder ringförmig waren, oder sie lagen auch an beiden Polen der Einschlüsse, wie Kreissegmente, oder erschienen manchmal als Chromatinknäuel.

2. Diese bestanden aus protoplasmatischer Masse mit kernartigem Bläschen und Nucleolus im Innern. Die Fig. 18, welche hierfür ein Beispiel geben soll, zeigt eine Mitose im Sternstadium; die Kernmembran ist geschwunden, und es ist nicht ausgeschlossen, daſs der Zelleinschluſs von einem aberrierten Chromatinkörnchen gebildet wird.

3. Sicheln aus Chromatinsubstanz, in Form und Färbung ähnlich denen beim Caryophagus der Pankreaszellen des Salamanders.

4. Regressive Metamorphosen von Leukozyten.

STEINHAUS glaubt es ausschlieſsen zu können, daſs hier Degenerationserscheinungen mit im Spiele wären. Er hat dabei aber bloſs die kolloide Metamorphose im Auge. Kein genügender Beweis hingegen ist, seiner Ansicht nach, zur Entkräftung der Annahme vorhanden, diese Einschlüsse als Produkte der Leukozyteneinwanderung aufzufassen.

Einige Formen sollen für die Anwesenheit parasitärer Protozoën sprechen. (Die Figg. 14 und 18, welche hier mit angeführt werden, müssen aber in der oben für Fig. 18 angegebenen Weise gedeutet werden.)

Für die Begründung eines Karzinom - Parasitismus genügen, seiner Meinung nach, alle diese Befunde noch nicht.

(Fortsetzung folgt.)

Multiple, benigne, tumorartige Gewächse der Haut.

Von

T. COLCOTT FOX, M. B.,

Physician to the Skin Department at Westminster Hospital.

Die 5. Lieferung des *Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten* enthält zwei Abbildungen einer von SCHWENINGER und BUZZI unter dem oben angegebenen Titel beschriebenen Hautaffektion. Da es kaum zweifelhaft sein kann, daſs zwei Fälle dieser eigentümlichen Anomalie in London beobachtet worden sind, so dürfte es angebracht sein, eine diesbezügliche Notiz hier (im *British Journal of Dermatology*) zu verzeichnen. Leider sind diese beiden englischen Fälle trotz aller möglichen Versuche, sie wieder aufzufinden, uns verloren gegangen, und bei keinem derselben war es uns gestattet, eine mikroskopische Untersuchung von Hautschnitten auszuführen.

Im Juli 1885 stellte Herr MALCOLM MORRIS in der *Dermatological Society of London* ein gesund aussehendes, junges Frauenzimmer vor, das sich nicht gerade eines sehr tugendsamen Lebenswandels beflissen hatte, und das wegen eines Ausschlags auf der Haut im Lock-Hospital Hülfe nachgesucht hatte. Mr. MORRIS konnte trotz wiederholter eigener Untersuchung sowie Befragens im Lock-Hospital keinerlei Beweise einer syphilitischen Infektion konstatieren. Ich interessierte mich ebenso lebhaft wie Herr MORRIS für diesen Fall und notierte mir damals, daſs die rundlichen oder ovalen Läsionen auf dem Rumpfe ungefähr halberbsengroſs waren, daſs sie von der umgebenden normalen Haut deutlich zu unterscheiden waren, ein wenig prominent, weiſs, cystenartig und weich anzufühlen waren, und daſs sie, wie es schien, sich abplatten lieſsen, bis sie wie eine runzelige Narbe aussahen. Es wurden verschiedentliche mögliche Diagnosen in Erwägung gezogen, z. B. Lymphangioma, Atrophie von syphilitischen Papeln, Morphoea guttata etc.

In meinem Report of the Departement for Diseases of the Skin 1886 in den *Westminster Hospital Reports* erwähnte ich einen Fall, Lucy S., 23 Jahre alt, Kellnerin, welche mir von meinem Kollegen Dr. STURGES zugewiesen wurde. Ich stellte fest, daſs sie drei Jahre zuvor an Syphilis gelitten hatte, wobei sie einen sehr allgemein verbreiteten Ausschlag mit Hinterlassung von Narben entwickelte und an Ulzerationen im Rachen litt. Daſs ihre Krankheit Syphilis war, hielt ich für erwiesen durch den Umstand, daſs sie während der Zeit der Beobachtung ein etwa thalergroſses, scharf umschnittenes Geschwür gerade unterhalb des rechten Knies darbot, was ich als ein vereitertes Gumma diagnostizierte. Ich machte hierzu die folgenden Bemerkungen:

„Namentlich möchte ich den Fall Lucy S. hervorheben, die vor drei Jahren an Geschwüren im Rachen nebst einem universellen Exanthem von groſsen papulösen Syphiliden gelitten hat. Als sie durch die Güte von Dr. STURGES in meine Behandlung gelangte, war die Haut am Rumpfe, den Schultern und den Oberschenkeln mit höchst eigentümlichen, etwa kleinfingernagelgroſsen Stellen spärlich besetzt. Dieselben waren von dreierlei Art: α) schmutzig rote, sehr weiche, wenig erhabene Papeln (?), von der Form einer Konvexlinse, β) weiſse, sehr weiche und zusammendrückbare Papeln (?) von der gleichen Form und Gröſse, die auf den ersten Blick wie Urticariaquaddeln aussahen, γ) schlaffe, lose, gedellte Narben von derselben Gestalt und Gröſse. Eine Narbe fand sich auf der Lippe, einige wenige an den Beinen, mehrere auf dem Rücken, weit wenigere auf der Brust, aber einige mehr auf dem Abdomen. Sie gab mit Bestimmtheit an, daſs alle diese Läsionen schon vor drei Jahren nach Ablauf eines frühzeitigen sekundären, papulösen Ausschlags, der nicht zu Geschwürsbildungen geführt hatte, zurückgeblieben

waren, und sie versicherte mir ferner, daſs die weiſsen, quaddelartigen Narben auch jetzt noch von Zeit zu Zeit wieder rot werden, einen roten Ausschlag bilden und dann wieder vergehen. Auf Berührung lieſsen sich die quaddelartigen Narben leicht eindrücken, und man hatte dabei das Gefühl, als wenn ein Loch in der Haut durch eine dünne Lage Haut bedeckt sei. Die roten Stellen waren ebenfalls sehr weich, fühlten sich aber etwas dicker an. Sie waren aber jedenfalls keine gewöhnlichen syphilitischen Papeln. Nach mehreren sehr sorgfältigen und in Zwischenräumen ausgeführten Untersuchungen halte ich die Schilderung der Patientin für vollständig wahrheitsgemäſs, und ich habe die Affektion eingehend besprochen, weil das Aussehen ein höchst eigentümliches war. Als ich die Person zuerst sah, erkannte ich, daſs der Fall mit dem von Herrn Malcolm Morris in der Dermatological Society vorgestellten genau übereinstimmte. Wir wissen, daſs Neubildungen wie Lupus und Syphilis auch ohne vorherige Geschwürsbildungen atrophische Stellen erzeugen können, aber meiner Erfahrung nach kommt es sehr selten vor, daſs sich dieses bei einem so jungen Syphilid findet.“

Herr Malcolm Morris hatte Gelegenheit, die von Schweninger und Buzzi beschriebenen Fälle zu sehen, und er teilt mir mit, daſs er gar nicht daran zweifelt, daſs alle drei Fälle von gleicher Art gewesen sind.

Nachdem ich die von diesen Autoren gegebene klinische und histologische Schilderung sorgfältig gelesen habe, muſs ich sagen, daſs mir das Wesen dieser Affektion immer noch in Dunkel eingehüllt zu sein scheint.

Herr Morris hat mir noch mitgeteilt, daſs er (im September 1891) ähnliche Läsionen bei einem jungen Manne in der Praxis von Dr. van Hoorn in Amsterdam gesehen habe.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Zur Frage der als Dysidrosis, Cheiropompholyx und Pompholyx beschriebenen Hauterkrankung.

Von

Dr. A. Santi in Bern,
Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie.

(Schlufs.)

Lesser[19] rechnet den Cheiropompholyx sive die Dysidrosis T. Fox zu den Zuständen mit behinderter Schweifsexkretion (Dysidrosis), wozu auch die Miliaria crystallina gehöre. Lesser teilt ebenfalls die Ansicht von T. Fox, dafs es bei unserer Erkrankung durch plötzlich einsetzende, übermäfsige Schweifssekretion wahrscheinlich zu einer Knickung der Drüsenausführungsgänge und Erhebung der obersten Epidermisschicht durch das nachdringende Sekret komme. — Auch beobachtete dieser Autor bei mehreren Personen, die an der Nase stark schwitzen, an diesem Körperteil mehrfach sich wiederholende Eruptionen kleiner wasserheller Bläschen, die auf völlig unveränderter Haut auftraten.

Lesser fafst auch diese Erscheinung als Dysidrosis auf.

O. Rosenthal[20] berichtet über einen Fall von Dysidrosis chronica des Gesichts. Es handelte sich um eine 54 Jahre alte Frau, die seit ca. 9 Jahren, hauptsächlich in den Sommermonaten, in denen sie zu starken Schweifsen, besonders des Gesichtes, neigt, einen Ausschlag im Gesichte bekommt. Im Gesichte zeigen sich auf dem unteren Teile der Stirne, auf den Augenlidern, auf dem Nasenrücken und auf den Wangen, bis zur Oberlippe herab, eine grofse Anzahl teils vereinzelter, teils dicht bei einander stehender, tief in der Haut liegender, stecknadelkopf- bis hirse- und sagokorngrofser Knötchen, die zum Teil wie Milien aussehen und sich wie kleine Körnchen anfühlen, bei genauerem Zusehen aber sich sämtlich als Bläschen herausstellen. Der Inhalt ist ein klar seröser, wasserheller und zeigt eine schwache, aber deutlich saure Reaktion. Zwischen diesen hellen Bläschen fällt eine bei weitem geringere Anzahl solcher auf, die ein dunkelblaues, fast schwärzliches Aussehen haben und die vereinzelt über das Gesicht zerstreut sind. Sticht man dieselben an, so entleert sich zuerst, wie bei den anderen Bläschen, ein klarer wasserheller Tropfen, dem beim Drücken ein circa stecknadelkopfgrofses Blut-

---

[19] Lesser, Edm., *Hautkrankheiten.* VI. Aufl. pag. 161—262.

[20] O. Rosenthal, Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichts. *Deutsche med. Wochenschr.* 1887. No. 20.

koagulum folgt. — Eine dritte Erscheinung sodann, die während der kälteren Jahreszeit nicht so deutlich ist, besteht in einer punktförmigen Trübung oder Chagrinfärbung, besonders der Haut zwischen den Augenbrauen und dem Nasenrücken.

Darin erblickt ROSENTHAL das Primär- oder Vorstadium der obenerwähnten Bläschen.

Die übrige Haut ist normal, nicht gerötet und nicht geschwollen; nirgends Borken oder Krusten. Die Dauer der einzelnen Bläschen ist nicht zu bestimmen; sie platzen aber nicht, und einige derselben kann man wochenlang beobachten. Differenzialdiagnostisch glaubt ROSENTHAL Eczema sudamen oder vesiculosum, Herpes febrilis, Herpes Zoster und Miliaria crystallina ausschliefsen zu können. Er ist ferner der Ansicht, dafs die Art der Entstehung dieses Leidens, die Zeiten seiner Verschlimmerung und die saure Reaktion des Blaseninhaltes eine Beteiligung der Schweifsdrüsen annehmen lassen und, will darin eine Dysidrosis T. Fox erkennen, eine regionärerschwerte Sekretion — soll wohl heifsen Exkretion — von Schweifs und infolge davon Bildung von Retentionscysten. Sein Fall unterscheide sich aber von den Foxschen durch seinen chronischen Verlauf. Sein Fall repräsentiere einen seit Jahren bestehenden unveränderten Zustand, der sich unter bestimmten Verhältnissen zeitweise verschlimmere. ROSENTHAL war indessen nicht in der Lage, eine Exzision machen zu können und bezügliche histologische Untersuchung anzustellen.

Auf dem internationalen medizinischen Londoner Kongrefs v. 1881 referierte der leider schon so jung verstorbene RASORI (Rom) über „Un cas d'Hydrosadénite diffuse produit par l'emploi de la „Pilocarpine."[21] MANASSEI, der damalige Chef RASORIS, behandelte nämlich während der Monate November und Dezember 1880 ein junges an Prurigo leidendes Mädchen mit Pilokarpin innerlich, und zwar ansteigend bis zu ziemlich starken Dosen. Anfangs 1881 sistierten die bisher sehr bedeutenden Schweifse plötzlich und es trat über den ganzen Körper bei dieser Patientin eine Eruption auf, welche RASORI folgendermafsen schildert:

— „de petits points durs, indolents, mobiles, souscutanés, qui se soulevaient en plissant la peau et s'approchaient à la surface cutanée. Ils différaient essentiellement des papules de Prurigo en ce qu'ils n'étaient pas surmontés de la petite croûte qui caractérise celles-ci; mais ils présentaient un petit point rouge qui était peut-être le conduit excréteur. Cependant ces petites nodosités grosses comme une tête d'épingle, commencerent à devenir douloureuses, et la peau qui avoisinait le point rouge, prit une teinte violacée. Dans quelques points ces papules atteignirent

[21] *Transactions of the internat. med. Congress.* London, 1881. III. Bd. pag. 146.

le volume d'une cerise, et on avait au toucher la sensation d'une mollesse fluctuante qui devenait plus nette à mesure que la tumeur s'avançait vers la superficie du derme. Beaucoup s'ouvrirent spontanément à leur sommet, quelques unes s'ouvrirent en les comprimant avec les doigts, pour très peu de cas enfin, il fut nécessaire d'avoir recours au bistouri. Une légère quantité de pus écoulée, la cicatrice se fermait rapidement, et le petit, abscès laissait après lui une induration qui persistait encore après trois mois, sur divers points."

Rasori nahm in diesem Falle eine allgemeine Entzündung der Schweifsdrüsen im Sinne von Verneuil und Bazin an und vermutete eine cystische Ansammlung von Schweifs im Schweifsdrüsenkanal. Eine histologische Untersuchung hat er nicht vorgenommen.

Hardy[22] rechnet die Dysidrosis zu den Ekzemen und speziell zur besonderen Varietät des vesikulösen Ekzems der Hände und Füfse.

L. Brocq[23] reserviert der Dysidrosis eine Sonderstellung im Sinne der englischen und amerikanischen Autoren und sagt:

„La dysidrose est un type clinique bien défini, du moins dans ses formes ordinaires."

Bezüglich des Bläscheninhalts sagt Brocq: „Quand on les crève, il en sort un liquide clair, semblable à du serum, d'abord alcalin, puis acide, mais ce point est fort controversé; car pour plusieurs autres auteurs, il est neutre ou alcalin."

Einen wichtigen Beitrag zur Kenntnis des Cheiropompholyx hat in der neuesten Zeit Dr. Winkelried Williams geliefert.[24] Herr Williams leidet in den letzten Jahren selbst an Cheiropompholyx, und benutzte er seinen Aufenthalt auf der Unnaschen Klinik, um an Hautstücken aus der eigenen Hand bezügliche histologische Untersuchungen vorzunehmen. Das Resultat der Williamsschen Untersuchungen deckt sich vollständig mit den Resultaten unserer bereits vor ca. 2 Jahren im selben Laboratorium ausgeführten Cheiropompholyx-Untersuchungen, was auch Dr. Williams, der durch Herrn Dr. Unna hiervon Kenntnis bekam, hervorhebt.

Williams konnte ebenfalls nicht den geringsten kausalen Zusammenhang zwischen Knäueldrüsen und Bläschen finden. Er konstatierte im Inhalte der Bläschen und in demjenigen der Lymphräume zwischen den benachbarten Stachelzellen Fibrin in reichlicher Menge und fand auch im Übrigen unzweideutige Erscheinungen und Produkte entzündlicher Prozesse.

Buzzi teilt mir mit, dafs bei einigen von ihm beobachteten Pompholyx-

---

[22] Hardy, *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau.* 1886. pag. 563.
[23] L. Brocq, *Traitement des maladies de la Peau.* Paris, 1890. pag. 142f.
[24] A. Winkelried Williams, Cheiropompholyx. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XIII. Bd. No. 2.

Fällen der Blaseninhalt stets alkalisch reagierte. Unter drei Fällen trat bei zweien allgemeines Ekzem nachträglich hinzu. Bei zwei Fällen unter dreien war Anidrosis vorhanden; in einem Falle konkomitierende Ichthyosis.

Ich selbst habe aufser dem eingangs näher besprochenen, ganz eigenthümlichen Falle von Blasenerkrankung der Hände und des Gesichts noch mehrere Fälle ähnlicher Erkrankungen der Hände und hauptsächlich der Finger zu beobachten Gelegenheit gehabt, deren klinisches Bild sich im wesentlichen mit dem von T. Fox von seiner Dysidrosis und mit dem von Hutchinson von seinem Cheiropompholyx gelieferten deckt. Ich glaube aber auch beobachtet zu haben, dafs solche Affektionen besonders in ihren späteren Stadien öfters und stärker, als man es gewöhnlich gelten läfst, entzündliche Erscheinungen zeigen. Ich werde weiter unten auf einzelne Fälle noch zurückzukommen haben.

Ich möchte hier nur noch zwei, wie ich glaube, seltene Fälle von Cheiropompholyx anführen. Den ersten davon sah ich im Sommer 1891 in Wien.

Es handelte sich um eine junge, ca. 18jährige Dienstmagd, bei welcher in den letzten Jahren, jeweilen bei Eintritt der heifsen Jahreszeit und ohne bekannte Veranlassung, die beiden Hände an einer Blaseneruption akut erkrankten. Ich sah diese Patientin gerade in den ersten Tagen nach einer solchen neuen Attacke. Beide Hände, die Vola sowohl als die Dorsalseite, besonders aber die ganze Fingerhaut, zeigten sich mit Bläschen und Blasen dicht besetzt, die mit heller serumfarbiger Flüssigkeit prall gefüllt waren und die ganze Hand stark geschwollen und steif erscheinen liefsen. Patientin klagte über Gefühl starker Spannung und über heftiges Brennen. Während die ersten derartigen Ausbrüche bei dieser Patientin nur wenige Wochen dauerten, um dann in Heilung überzugehen, sind die letzten Attaken hartnäckiger und von längerer Dauer gewesen. Auch waren hier auf dem Hautdreieck zwischen Daumen und Zeigefinger rechts einige Blasen aufgegangen; der Grund erschien hier gerötet und nässend.

Der zweite Fall betrifft einen 25jährigen jungen Mann, der gegenwärtig wegen einer schweren Lues (Infektion extragenital) von mir behandelt wird. Der Patient bekam in der letzten Zeit auf der rechten Vola manus zwei stärkere, hartnäckige, syphilitische Infiltrate, die trotz energischer allgemeiner und lokaler Behandlung nicht weichen wollten.

Um nun die lokale Medikamentation erspriefslicher zu gestalten, verordnete ich ein stärkeres Salizylpflaster. Ich bezweckte damit vorerst eine Auflockerung der an besagten Stellen mächtig entwickelten Epidermis, um dann ein bestimmtes Medikament mit besserem Erfolge einwirken zu lassen. Während nun in ähnlichen Fällen, d. h. wo es sich darum

handelte, Epidermis zu zerstören, das nämliche Pflaster bei andern Patienten bei gleich langer Einwirkung nur mittelmäſsige Wirkung verursachte, stellte sich bei diesem Patienten schon nach wenigen Stunden eine auffallend starke Reaktion ein. Die Epidermis zeigte sich bald von der Kutis losgelöst und eine starke seröse Absonderung folgte darauf. Gleichzeitig trat an den Fingern der nämlichen Hand, hauptsächlich aber an deren Innenseiten, eine starke vesikulöse Eruption auf. Die Finger waren leicht geschwollen und steif und verursachten starkes Brennen. Die Bläschen zeigten teils rundliche, teils ovale Form und waren von Stecknadelkopf- bis Erbsengröſse. Das vielgenannte sagokörnige Aussehen war auffallend gut zu beobachten. Der Bläscheninhalt war hellgelblich. Die Bläschen saſsen tief in die Haut eingebettet. Nach circa 2 Tagen war dieser Ausschlag vollständig verschwunden und es blieb eine nur leichte Schuppung zurück. Patient teilte mir mit, schon früher, also unabhängig von den gegenwärtigen Komplikationen, ähnliche Bläscheneruptionen an den Fingern gehabt zu haben, aber noch nie in so starkem Maſse. Immer sei der Verlauf von nur ganz kurzer Dauer gewesen. Patient ist sehr nervös veranlagt. Er schwitzt fast konstant an den Händen, die sich immer kalt anfühlen.

Es unterliegt nun keinem Zweifel, daſs dieser Cheiropompholyx durch die bewuſste Medikamentation der Vola ausgelöst wurde. Letztere aber war wohl nur der zufällige äuſsere Anstoſs hierzu. Die eigentlichen Bedingungen zum Ausbruch waren unseres Erachtens schon gegeben und innerer Natur. Ich werde weiter unten darauf zurückzukommen haben.

Das ist das Wichtigere, was ich über Dysidrosis Cheiropompholyx oder Pompholyx aus eigenen Beobachtungen und Untersuchungen feststellen konnte, und was ich in der Litteratur hierüber fand. Es ist auffallend, vielleicht auch bezeichnend, wie verschiedenartig diese Blasenerkrankungen aufgefaſst wurden und noch immer aufgefaſst und gedeutet werden. Zudem werden unter dem Namen Dysidrosis, Cheiropompholyx oder Pompholyx auch Prozesse zusammengeworfen, die entschieden nicht zusammen gehören. T r o t z d e m w e r d e n w i r a u c h n i c h t e i n e n e i n z i g e n F a l l o d e r e i n e e i n z i g e A n g a b e f i n d e n, d i e b e s t i m m t f ü r d i e F o x s c h e A n s c h a u u n g s p r ä c h e, w o n a c h d i e s e B l a s e n b i l d u n g e n e r w e i t e r t e S c h w e i ſ s d r ü s e n k a n ä l e, d. h. S c h w e i ſ s r e t e n t i o n s c y s t e n r e p r ä s e n t i e r e n s o l l t e n. Auch an keinem einzigen unserer zahlreichen Präparate konnte eine Beziehung zwischen Bläschen und Schweiſsduktus konstatiert werden. Immer lag der Schweiſsduktus intakt entweder zur Seite oder hinter dem Bläschen, meist durch den Druck des Bläscheninhaltes auf die Seite geschoben.

Einen Übergang des Schweiſsduktus in das Bläschen oder umgekehrt konnte ich nicht in einem einzigen Falle konstatieren. Fox und Crocker

behaupten indessen (l. c.) an einigen ihrer Präparate einen solchen Übergang gesehen zu haben, und auch WILLIAMS (l. c.) fand unter seinen Präparaten welche, die in diesem Sinne hätten gedeutet werden können. Er war aber in der Lage, letztere Möglichkeit ausschließen zu können. WILLIAMS hatte nämlich Serienschnitte gemacht und war so im stande, durch nähere Kontrolle der zusammengehörigen Stücke alle Abschnitte des betreffenden Schweißkanals auf der Höhe des Bläschens wieder zu finden. Die betreffenden Präparate mußten diesfalls beim Schneiden so getroffen worden sein, daß eine Doppeldeutung möglich war. Ähnliches könnte vielleicht s. Z. auch FOX und CROCKER passiert sein.

G. und F. E. HOGGAN, die Gelegenheit hatten, die Präparate dieser Autoren zu studieren, konnten, wie oben gesagt, für diese Bläschenbildung ebenfalls keine Beziehung zwischen Schweißduktus und Blase finden. Im Gegenteil, sie fanden ebenfalls den Schweißdrüsenschlauch aus dem Wege geschoben, so daß dieser mindestens halbmondförmig um das Bläschen herum lag. Selbst in Fällen, wo zwei Bläschen zusammengelaufen waren, schlang sich das Schweißdrüsenrohr balkenartig durch die Höhle hindurch.

Diese Thatsachen sprechen wohl auch dafür, daß die Epithelialgebilde des Drüsenschlauches über eine größere Resistenz verfügen müssen, als die umgebende Epithelialsubstanz, was vielleicht durch die neulich von BUZZI beschriebene, den Schweißdrüsenausführungsgang umhüllende Eleidinschicht bedingt wird. Immerhin kann es wohl vorkommen, daß unter Umständen Drüsenschlauch und Bläschen miteinander kommunizieren. In diesem Falle muß aber, wie ich glaube, eine förmliche Zerstörung eines Schlauchteiles vorausgehen.

Wenn nun auch RASORI (l. c.) in seiner Hydrosadenitis diffusa eine cystöse Schweißansammlung im Schweißdrüsenschlauch und O. ROSENTHAL (l. c.) für seinen als Dysidrosis chronica des Gesichts bezeichneten Fall ein gleiches annimmt, so ist dies durch keine einzige Thatsache begründet. Erstens fehlt in beiden Fällen die hierfür notwendige histologische Untersuchung. Zum andern liefern die klinischen und andern gemachten Angaben keine Anhaltspunkte hierfür. Nach ROSENTHAL sollte noch speziell die saure Reaktion des Bläscheninhalts für Schweiß sprechen. Wir werden aber weiter unten sehen, daß dieses Moment eher als Beweis gegen die Anwesenheit von Schweiß verwertet werden könnte.

Das Nämliche gilt für die LESSERsche Auffassung von Dysidrosis (l. c.). Man kann mit diesem Autor einig gehen, wenn er bei Miliaria crystallina einen Zusammenhang zwischen Bläschen und Schweißdrüsenduktus annimmt. Auch die neuesten bezüglichen Untersuchungen von L. TÖRÖK (siehe weiter unten) sprechen bestimmt dafür. Dagegen können wir die Anschauung LESSERS nicht teilen, wenn er die Dysidrosis (T. FOX) sive

Cheiropompholyx (HUTCHINSON) zu solchen Prozessen rechnet, was übrigens aus dem bereits Angeführten ohne weiteres hervorgeht.

Sodann gehören eben so wenig dahin jene Fälle von Bläschen-Eruptionen auf der Nasenumgebung bei Leuten, die stark schwitzen, und die LESSER ebenfalls für Dysidrosen hält. Es bot sich mir ebenfalls Gelegenheit, einige solcher Fälle beobachten und auch histologisch untersuchen zu können. Ich ging anfangs auch von der Voraussetzung aus, man hätte es in solchen Fällen möglicherweise mit Schweißsretentionserscheinungen zu thun. Allein durch die näheren Untersuchungen mußte ich mich eines anderen überzeugen.

Ich will hier einen solchen Fall anführen, den ich s. Z. bei UNNA beobachtet und histologisch untersucht habe, und der, wie ich glaube, für ähnliche Erkrankungen bezeichnend ist:

Ein junges circa 11jähriges Mädchen leidet seit 2—3 Jahren, besonders zur Sommerzeit, an starker Hyperidrosis der Nase und der Oberlippe. Die hyperidrotischen Hautstellen sollen in der ersten Zeit nach Auftreten der Hyperidrosis nur kleine, mit hellem Inhalt gefüllte Bläschen gezeigt haben, die auf ganz normal aussehender Haut saßen. Mit der Zeit trat aber stellenweise auch Rötung auf, die Bläschen barsten zum Teil und näßten stark, es bildeten sich Borken etc. Nur die benachbarte und besser verschont gebliebene Haut zeigte noch mehrere mit klarem Inhalt gefüllte Bläschen, die auf normal aussehender Haut ruhten und die augenscheinlich nicht die geringsten entzündlichen Erscheinungen wahrnehmen ließen. Dieses Bild bot sich mir, wie ich Patientin zum erstenmal sah. Ich exzidierte ein kleineres Stück zur histologischen Untersuchung und machte davon mehrere Präparate. Ich konnte in keinem Falle eine Beziehung zwischen Bläschen und Schweißdrüsenduktus konstatieren, und das Hauptresultat der ganzen Untersuchung war: Chronische Entzündung des Derma mit seinen gewöhnlichen Produkten und Begleiterscheinungen. Hierüber weiter unten mehr.

Die weitere Behauptung von FOX, daß die Bläschenbildung in der Epithelialleiste vor sich gehe, also in unmittelbarer Nähe des Drüsenduktus, kann ich nach meinen Untersuchungen bestätigen. — ROBINSON und CROCKER dagegen haben auch Fälle beobachtet (l. c.), bei denen die Bläschen unmittelbar über der Spitze der Papillen zu liegen kamen. An die Richtigkeit dieser Angaben und an die Möglichkeit einer solchen Lokalisation ist nicht zu zweifeln. Es ließe sich einzig die Frage einwerfen, ob dabei auch die Möglichkeit ausgeschlossen wurde, daß diese über den Papillen als Bläschen figurierenden Gebilde nicht Teile von Bläschen aus benachbarten Epithelleisten hätten sein können, welche bei stärkerer Entwickelung nach den Seiten und so auch über die Papillen Platz gesucht hätten.

Aber selbst gesetzt den Fall, daſs fragliche Blasenbildung im Sinne von Fox einen direkten Zusammenhang mit dem Duktus besäſse, so hätte man deshalb noch nicht die Berechtigung, den Inhalt eines solchen Bläschens ohne weiteres als Schweiſs anzusprechen. — Die Frage, ob die sogenannten Schweiſsdrüsen thatsächlich der Schweiſsdrüsensekretion vorstehen und nicht vielleicht eine andere Aufgabe zu erfüllen haben, ist zum mindesten eine noch offene.

Die von Meissner[25] auf Grund vergleichend anatomischer Studien angestellten Untersuchungen und die bezüglichen Forschungen von Unna[26] machen es vielmehr wahrscheinlich, daſs die Knäueldrüsen der Einfettung der Epidermis zu dienen haben, also Fett absondern und nicht Schweiſs.

Wiederholt wurden fettige Massen und fettig degenerierte Epithelien in den Knäueldrüsen konstatiert. Sodann wäre es nicht leicht erklärlich, auf welch' anderem Wege die Haut genügend eingefettet werden könnte. Denn bekanntlich ist die Zahl der Talgdrüsen, die nach gewöhnlicher Annahme die Haut einfetten sollen, eine sehr spärliche und ihre Anwesenheit an die Haarbälge gebunden, was eher darauf schlieſsen läſst, daſs ihre Funktion vor allem der Haarbildung zu dienen habe. — Nun giebt es auch Hautstellen, die der Einfettung sehr bedürftig sind und trotzdem keine Talgdrüsen besitzen, wie die Palma manus und die Planta pedis. Dessenungeachtet sind diese Regionen in der Norm sehr gut eingefettet.

Woher also diese Einfettung?

Der Umstand, daſs beim Schwitzen der Schweiſs aus der Schweiſspore (Epidermidalteil des Knäuelganges nach Unna) hervorquillt, lag offenbar der Auffassung zu Grunde, daſs der Schweiſs auch wirklich von den Knäueldrüsen abgesondert werden müsse und keine andere Quelle haben könnte.

Meissner und Unna dagegen (l. c.) suchen in den Gefäſsschlingen der Kutispapillen die Hauptquelle des Schweiſses und erblicken darin ein Analogon zu den Gefäſsknäueln der Niere.

Unna macht noch besonders auf den Umstand aufmerksam, daſs der Knäueldrüsengang eigentlich schon in die basale Stachelschicht mündet. Bei seiner Verbindung mit dem Epidermisepithel verliert nämlich der Gang seine Bindegewebshülle auſsen und den Kutikularsaum innen und wird in seiner Fortsetzung nur von den Epithelien der einzelnen Oberhautschichten gebildet, deren Saftkanäle gegen die übrigen Epidermislagen

---

[25] G. Meissner, Zur Funktion der Knäueldrüsen, aus zwei vergessenen Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie von Unna. Ergänzungsheft z. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889.

[26] Unnas Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut. Ziemssen. XIV. Bd. *Hautkrankheiten.*

offen stehen. Sonach können alle Ausscheidungen aus Epidermis und Papillen in den Schweifsporus gelangen, um nach aufsen befördert zu werden.

Umgekehrt brauchte nach solcher Auffassung eine Ansammlung von Schweifs in der Oberhaut nicht notwendig einen Zusammenhang mit dem Schweifsdrüsenduktus zu besitzen.

Von verschiedenen Autoren ist die Reaktion des Bläscheninhalts als Beweis für oder gegen die Anwesenheit von Schweifs angeführt worden. Hier gehen die Ansichten oft diametral auseinander.

T. Fox, der, wie gesagt, die Bläschen seiner Dysidrosis für Schweifsansammlungen hielt, fand deren Inhalt zuerst alkalisch, später sauer.

Bei Robinson dagegen war das Bläschenkontentum sauer (l. c.), und mittelst Schwefelsäure koagulierte das Eiweifs der Bläschenflüssigkeit. Daraus schlofs Robinson, dafs der Inhalt kein Schweifs sein könne.

O. Rosenthal will bei seiner Dysidrosis chronica (l. c.) eine schwache, aber deutlich saure Reaktion des Bläscheninhalts konstatiert haben, was seiner Auffassung nach für eine Beteiligung der Schweifsdrüsen spreche.

Brocq findet den Inhalt der Bläschen zuerst (l. c.) alkalisch, später sauer. Er setzt aber vorsichtig hinzu: „Mais ce point est fort controversé, car pour beaucoup d'auteurs il est neutre ou alcalin“ u. s. w. u. s. w.

Hierzu ist folgendes zu bemerken: Es wurde früher allerdings ziemlich allgemein angenommen, dafs die Reaktion des frischen Schweifses immer sauer sei.

Nach Landois, Luchsinger, Trümpy und andern Autoren ist es dagegen erwiesen, dafs die Reaktion des frischen Schweifses stets alkalisch ist. Die zuweilen zu konstatierende saure Reaktion beruht nach diesen Autoren auf Beimischungen von Talgdrüsensekret (Fettsäuren etc.), welches stets sauer reagiert. Daher würde das Sekret der Knäueldrüsen auf der Vola manus, wo die Talgdrüsen ganz fehlen, stets alkalisch reagieren.

Es ist aber bei allem nicht aufser Augen zu lassen, dafs es fast unmöglich ist, ein bestimmtes Hautsekret oder eine bestimmte Flüssigkeitsansammlung in den Oberhautschichten ganz rein zu gewinnen. Immer mufs man hier mit Beimengungen rechnen, und allen bezüglichen Angaben kann insofern ein nur relativer Wert beigemessen werden. — Die Chemie der Haut liegt überhaupt noch im Argen, und hier hat die Zukunft noch grofse Lücken auszufüllen. Danach müssen auch die zitierten Angaben beurteilt werden.[27]

Die Anschauung, wonach es bei gewissen Hautzuständen zu einer Ansammlung von Schweifs in den Oberhautschichten, und insbesondere

---

[27] Nach den neuesten interessanten Untersuchungen des Herrn Dr. E. Heuss (vide diese Zeitschrift No. 9 und 10, Bd. XIV.) reagiert der Schweifs des gesunden Menschen in der Ruhe sauer.

in den Schweifskanälen, durch Dilatation derselben komme, ist alt. Anlafs dazu mögen offenbar die mit starken Schweifsen einhergehenden Bläschenbildungen, vor allem die sogenannten Miliaria- und Sudamina-Eruptionen gegeben haben. Da nun behauptet wurde, dafs bei Dysidrosis (T. Fox) oder Cheiropompholyx (Hutchinson) es sich ebenfalls um Schweifsretentionscysten handle, so ist es für unsere Frage von Wichtigkeit, auch solche Zustände mit einigen Worten zu berühren. Wir werden auch hier für unsere Frage wichtigen Punkten begegnen.

Einige Autoren sind der Meinung, dafs die Bläschenbildung bei den sogenannten Miliariaerkrankungen durch blofse Ansammlung von Schweifs in den erweiterten Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen zu stande komme.

v. Bärensprung[28] nimmt ebenfalls eine solche Schweifsansammlung an und läfst dieselbe zwischen zwei Lamellen der Oberhaut sitzen. Nach diesem Autor sind die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen keine offenen Kanälchen, sondern durch die kleinen Zellen ihres Epitheliums vollkommen ausgefüllt. Der abgesonderte Schweifs könne mithin durch jene Kanälchen nicht frei abfliefsen, er gelange vielmehr, endosmotisch von Zelle zu Zelle dringend, an die Oberfläche, wobei ein Teil der Zellen selbst abgestofsen und dem Sekrete beigemengt werde. In gesundem Zustande, bei normal funktionierender Haut finde eine unmerkliche, aber fortdauernde Regeneration der Epidermis statt, eine allmähliche Abstofsung ihrer ältesten Zellen, sowie der damit ein Kontinuum bildenden Zellen, welche die Mündungen der Schweifskanälchen verschliefsen.

Wenn nun in Krankheiten die Schweifssekretion längere Zeit stockt, so müsse sich an der Oberfläche der Haut eine Schicht toter, unbrauchbar gewordener Zellen anhäufen. Stellte sich dann mit dem Nachlasse der Krankheit die Hautthätigkeit wieder her, oder trete sie gar in verstärktem Mafse ein, so würden sich die flüssigen Sekrete unter jener erstorbenen Decke ansammeln und diese in Form eines Bläschens in die Höhe heben.

G. Simon (l. c. pag. 102) fand bei Sudaminabläschen einiger Typhuskranken die Flüssigkeit zwischen zwei Epidermisschichten liegend und schweifsähnlich.

Nach Haight[29] bilden Hornzellen die Decke und die Basis der Miliarbläschen, und in die Blase mündet der aufs Doppelte erweiterte Ausführungsgang der Schweifsdrüse, deren Epithel getrübt und etwas geschwollen ist.

---

[28] G. Simon, *Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen.* II. Aufl. 1851. pag. 191.

[29] Haight, Über Blasenbildung bei einigen Hautkrankheiten. *Sitzungsberichte d. k. Akad.* Wien, 1868. — Vgl. auch K. Touton, *Entwickelung der Blasen der Epidermis.* 1882. pag. 9.

Ebenfalls interessant sind diesbezüglich die neuesten, von Dr. L. Török angestelten Untersuchungen, die er in seiner Arbeit über Sudamen und Miliaria mitgeteilt hat.[30]

Török untersuchte Bläschen von Miliaria rubra vesiculosa und von Miliaria crystallina. Bei Miliaria rubra vesiculosa fand er im Anfangsstadium eine ovale Lücke im tiefsten Stratum der Hornschicht, welche später bei allmälicher Vergrößerung eine rundliche Form annimmt, wodurch teils die Hautschicht gehoben wird, teils die seitlichen Epithelien flacher werden. Die Nachbarschichten der Körnerzellen quellen auf, ebenso die Zellen der Stachelschicht, und das Bläschen birgt auch schon einige Wanderzellen. Um die Papillargefäße sieht man Wanderzellen; letztere sind auch in dem Papillengewebe und auch anderswo zerstreut zu sehen. Zwischen den Bläschen und den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen konnte kein Zusammenhang konstatiert werden. Bei der Miliaria crystallina dagegen fand Török die Hornschicht in ihren tiefsten Schichten in zwei Teile (vide auch Haight l. c.) abgesondert, so daß die Wand der Bläschen noch von der Hornschicht selbst gebildet wurde. Die tieferen Schichten der Epidermis, sowie das Korium zeigten keinerlei Veränderungen. Wanderzellen und Bläschen waren keine zu finden, wohl aber der Zusammenhang mit den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen.

Aus diesem Befunde schließt Török, daß die Miliaria crystallina eine keratolytische Blase sei. Sie bedeute eine Exkretionsanomalie der Schweißdrüsen und entstehe durch Retention des Schweißes, weshalb sie richtiger Sudamen (vide Bazin w. u.) heißen sollte. — Die Miliaria rubra et alba dagegen werde durch äußere Irritation verursacht, ihre anatomische Grundlage bestehe in einer zirkumskripten Papillarentzündung, welche zur Bildung von kolliquativen Bläschen führe.

Schon Hebra[31] trennte die Miliaria crystallina von der Miliaria rubra und alba. Überhaupt vindiziert Hebra den Namen Miliaria einzig der Miliaria crystallina. Er setzt die Miliaria rubra et alba aequale Sudamina und zählt sie zu den Ekzemen.

Bazin[32] trennte ebenfalls die Miliaria rubra et alba von der Miliaria crystallina, die bei ihm unter dem Namen „Sudamina" figuriert und worüber er sagt: „Les Sudamina n'ont jamais d'individualité distincte, ils se montrent seulement comme simple épiphenomène dans le cours d'un grand nombre de maladies, dans la rougeole, la scarlatine, la fièvre

[30] L. Török, Sudamen und Miliaria. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. No. 10. Referat Róna.

[31] Hebra, *Hautkrankheiten.* I. Aufl. 1. Hälfte. pag. 260 ff.

[32] Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau.* II. Vol. pag. 94 u. 95.

typhoïde, la pneumonie" etc. CAZENAVE dagegen wirft die Miliaria rubra et alba mit der Milaria crystallina (Sudamina) in einen Topf. Diesem Beispiele folgt in der neuesten Zeit unter den französischen Autoren auch BROCQ. Dieser Autor beschreibt in seinem „Traitement des maladies de la peau"[33] unter Sudamina-Miliaria zwei Formen von Miliaria. Bei der ersten Form sei nicht die geringste Reaktion von seiten des Integuments zu konstatieren. Er nennt diese Form noch besonders „Sudamina". Die zweite Form dagegen repräsentiere die eigentliche Miliaria. Bei dieser Form seien die kleinen Bläschen umgeben „d'une petite auréole rosée congestive". „Miliares et Sudamina," meint weiter BROCQ, „ont d'ailleurs la même pathologie: Ce sont pour la plupart des auteurs de petits kystes sudoripares par retention qui se forment à l'orifice des glandes dont le canal est bouché par une couche d'épiderme" etc.

Daraus kann man ersehen, wie wenig Klarheit und Einigkeit in Sachen noch zur Stunde existiert.

Die Miliaria-crystallina-Bläschen sind, meines Wissens, der einzige bisher mit Sicherheit konstatierte Befund eines Zusammenhanges zwischen Schweifsduktus und Bläschen. Alle Angaben in der Litteratur über Miliaria, die einen solchen Zusammenhang behauptet haben, beziehen sich wohl einzig auf die Miliaria crystallina.

Ich habe weiter oben gesagt, dafs meiner Ansicht nach nicht alle in der Litteratur unter dem Namen Dysidrosis oder Cheiropompholyx oder Pompholyx figurierenden und beschriebenen Fälle auf die nämliche Affektion zu beziehen sind. Gar vieles ist hier zusammengeworfen worden, was gar nicht zusammengehört.

Von den zitierten Fällen scheide ich zunächst die zwei GEBERschen Fälle aus. Hier handelte es sich auch, nach der Anschauung von GEBER selbst, um eine durch starke Hyperidrosis der Füfse hervorgerufene akute, heftige Dermatitis der Fufssohle. Die Hyperidrosis war hier das Primäre, die Dermatitis das Sekundäre, und zwar direkt durch chemische vielleicht auch mechanische und bakterielle Einwirkung der Schweifsmenge hervorgerufen. Ich bin nämlich der Ansicht, dafs bei Hyperidrosis an solchen Körperstellen, nicht nur auf chemische, d. h. vermöge der im Schweifse enthaltenen reizenden Bestandteile, sondern gleichzeitig auch auf mechanische Weise Dermatitis hervorgerufen werde. Die mechanische Wirkung ist hier durch das anatomische Substrat gegeben. Die in der Regel stark, sehr oft sogar mächtig entwickelte Epidermis der Fufssohle wird der Schweifsexkretion überhaupt hinderlich sein und ganz besonders bei starker Sekretion, also bei Hyperidrosis. Hier kann der in

[33] BROCQ, *Traitement des mal. de la peau.* 1890. pag. 358.

grofser Menge sezernierte Schweifs durch die dicke Epidermisschwarte sich wahrscheinlich kaum genügenden Durchbruch verschaffen, und könnte sehr wohl ein Teil davon zwischen Stachel- und Hornschicht nach den Seiten zu sich Platz suchen müssen. Die heftige Schmerzhaftigkeit der Sohle, deren Unterminierung durch flüssige Massen, die Mazerationserscheinungen etc. etc. wären durch eine solche Annahme sehr leicht erklärlich. Dafs durch so dicke Schwarten hindurch die entzündliche Rötung nicht gut sichtbar sein kann, ist leicht einzusehen. Dafür zeigt sich aber dieselbe, und in oft sehr starker Weise an jenen Stellen, wo die Epidermis wieder gewöhnliche Dicke annimmt, was bei den Füfsen so ziemlich genau an den Fufsrändern der Fall ist. In solchen Fällen, wie gesagt, ist auch meines Erachtens die Möglichkeit vorhanden, dafs eine behinderte Schweifsabsonderung, sive Dysidrosis ex Hyperidrosi sich einstelle. Ich habe schon mehrere ähnliche Fälle beobachtet und behandelt. Einen solchen recht typischen Fall, der noch in letzter Zeit von mir behandelt wurde, will ich hier kurz zitieren:

Ein kräftiger junger Mann von 27 Jahren leidet schon seit längerer Zeit an Fufsschweifsen, die auch in der kälteren Jahreszeit bestehen und von Zeit zu Zeit trotz aller Schonung exazerbieren. Jedesmal nach einer solchen Exazerbation tritt konsekutiv heftige Schmerzhaftigkeit der Fufssohlen auf, so dafs Patient nur bei gröfster Schonung auftreten kann. Die Epidermis ist an beiden Sohlen mächtig entwickelt, deren Oberfläche zeigt sich mazeriert, in der Tiefe derselben bemerkt man hie und da gelbliche, fingernagelgrofse und gröfsere Stellen, die auf Druck das Gefühl von Spannung erwecken und ganz besonders schmerzhaft sind. Das Bild spricht dafür, dafs solche Stellen in der Tiefe flüssige Massen repräsentieren. Die Grenze zwischen Sohlen- und Fufsrückenhaut bildet hier eine ca. 1 cm breite, rote, stark entzündete und stark schmerzende Zone. Kurz, wir haben in der Hauptsache das Bild einer starken, akuten Dermatitis vor uns.

Man kann mir zwar einwenden, dafs auch bei Cheiropompholyx häufig Hyperidrosis vorhanden ist. Demgegenüber müfste ich bemerken, dafs die mit Pompholyx in der That häufig vergesellschaftete Hyperidrosis, unseren Beobachtungen nach, blofs als eine konkomitierende Erscheinung aufzufassen ist. Alles spricht nämlich dafür, dafs beiden Erscheinungen dasselbe ätiologische Moment zu Grunde liege, dafs also nicht das eine das andere bedinge.

Lesser zählt zu den Dysidrosen, wie oben gesagt, auch jene Bläschen-Affektion der Nase, die bei Leuten, welche an dieser Körperstelle stark schwitzen, oft zu beobachten ist. Dafs meine Beobachtungen und Untersuchungen einer solchen Auffassung widersprechen, habe ich schon erwähnt. Aber auch mit dem Pompholyx hat diese Affektion nichts zu thun. Hier handelt es sich ebenfalls, wie bei den zwei Fällen von Geber,

um primäre Hyperidrosis, welche sekundär Dermatitis verursacht. Die Hyperidrosis ist hier das bedingende Moment und nicht bloſs Begleiterscheinung. Nur scheint mir diesfalls die Möglichkeit ausgeschlossen zu sein, daſs der Schweiſsabsonderung ein mechanisches Hindernis durch eine zu dicke Epidermis im Wege stehen könnte, wie in jenen Fällen. Hierfür fehlen die anatomischen Bedingungen.

Den Fall von Dysidrosis chronica ROSENTHAL müssen wir ebenfalls ausscheiden. Ob es sich dabei wirklich um einen Schweiſsretentionsprozeſs gehandelt hat, das ist, wie an anderer Stelle schon gesagt wurde, nicht zu entscheiden, indem die Angaben von ROSENTHAL für eine solche Entscheidung ungenügende sind. Aber selbst wenn dem so gewesen wäre, so hätte dieser Fall für uns nur insofern Interesse, als er als Dysidrosis im Sinne T. FOX, aber mit chronischem Charakter, angesprochen wurde. Nachdem nun aber der Pompholyx als kein Schweiſsretentionsprozeſs erkannt worden ist, ist eine solche Frage gegenstandslos geworden. Im nämlichen Sinne ist auch der Fall RASORI zu beurteilen, der ebenfalls, unserer Ansicht nach, nicht hierher gehört. Ich habe auch diesen Fall nur deshalb zitiert, weil ebenfalls eine Dysidrosis T. FOX dahinter gesucht wurde.

Die klinischen Bilder der Fälle ROSENTHAL und RASORI sind übrigens vom Cheiropompholyx so verschieden, daſs eine Differenzialdiagnose nicht einmal in Frage kommen kann. — Vielleicht wären noch weitere Ausscheidungen gerechtfertigt. Wir wollen aber dabei stehen bleiben und annehmen, daſs die übrigen, im obigen gelieferten Beschreibungen nur dem Cheiropompholyx gelten.

Das Fazit des Ganzen ist nun, daſs wir es im vorliegenden mit einer akuten, typisch verlaufenden Blasenerkrankung der Haut zu thun haben, die sich vorzüglich auf die Hände, und hier hauptsächlich zwischen den Fingern lokalisiert. Insofern hat der Name Cheiropompholyx thatsächlich seine Berechtigung. Wir haben aber gesehen, daſs andere Körperstellen auch nicht davon verschont bleiben. Nach den Händen scheinen die Füſse mit Vorliebe befallen zu werden. Sodann können, wie bei unserm ersten Falle, auch Gesicht und vordere Halsgegend daran erkranken. Nach T. FOX und HUTCHINSON soll hie und da ein roter papulöser Ausschlag über den ganzen Körper die Eruption begleiten.

Überhaupt kann ich auf Grund meiner Beobachtungen und Untersuchungen die anfangs dieser Arbeit zitierten und von HUTCHINSON aufgestellten 8 Kardinalpunkte über unsere Erkrankung im wesentlichen unterschreiben. Nur muſs ich

ad 5 (v. o.) bemerken, daſs die Erkrankung häufiger in eine chronische Hautentzündung übergeht, als man gewöhnlich annimmt;

ad 7, daſs auch das Gesicht und vorderer Halsteil daran erkranken können;

ad 8, daſs diese Krankheit nach unseren Beobachtungen ausschlieſslich nervöse, neurasthenische Individuen befällt; endlich daſs auch jüngere nervöse Individuen daran erkranken können.

Nebenbei und ohne die bezüglichen Angaben von einigen Autoren zu bezweifeln, will ich hier nur anführen, daſs es mir persönlich noch nie gegeben war, einen Pompholyx an den Füſsen zu beobachten.

Den histologischen Befund anlangend, so habe ich schon weiter oben das Nöthige mitgeteilt. Danach und nach dem ganzen klinischen Bilde handelt es sich bei unserer Affektion im wesentlichen um eine oberflächliche Hautentzündung mit Exsudation und Bläschenbildung. Die entzündlichen Erscheinungen sind beim Cheiropompholyx zwar meistens nur leichte und nur oberflächliche. Sie sind aber immer vorhanden und können zuweilen im weiteren Verlaufe der Affektion prononzierter hervortreten. Es ist daher nicht gut zu begreifen, wie T. Fox und nach ihm die meisten Beschreiber der Dysidrosis oder des Cheiropompholyx etc. die entzündlichen Erscheinungen bei derlei Erkrankungen so sehr in den Hintergrund drängen konnten. Es geschieht dies aber auch durchgehends auf eine etwas schwankende und unsichere Weise. So führt T. Fox das eine Mal mit als Charakteristikum seiner Dysidrosis „Dermatitis höheren oder geringeren Grades“ an (l. c.). Ein anderes Mal soll dieser Affektion „der katarrhalische Charakter von Ekzema abgehen“ (l. c.); es soll „keine Entzündung dabei vorhanden sein“ (l. c.); „es fehlten die wässerigen, eitrigen Ausflüsse, Schorf“ etc. Wiederum an anderer Stelle (l. c.) behauptet Fox, daſs zwar bei Dysidrosis „Entzündung vorhanden sei“, aber nur „äuſserst oberflächlich“. Endlich läſst er in seltenen Fällen (l. c.) sekundär auch „Ekzem“ hinzutreten.

Hutchinson, der, wie weiter oben gesagt wurde, die Schweiſsretentions-Theorie T. Fox' nicht teilt und den Bläscheninhalt bei solchen Prozessen für ausgeschwitztes Serum hält (l. c.), behauptet, daſs diese Krankheit „unter keinen Umständen in Ekzema endige“. Robinson, der im wesentlichen auf seiten Hutchinson steht, meint, „die lokalen Veränderungen würden keinen katarrhalischen Charakter tragen“. Nach einer späteren Aussage von Fox in Gemeinschaft mit Crocker (l. c.) soll die Dysidrosis anatomisch in einer „entzündlichen Affektion des Schweiſsapparates bestehen“. Wiederum später (l. c.) behauptete Crocker, in der Hauptsache handle es sich „um einen mäſsig intensiven Entzündungsprozeſs, der beinahe ganz auf die Papillarschicht sich beschränke“.

Merkwürdigerweise glaubte ein Kliniker wie Auspitz, daſs bei Dysidrosis thatsächlich kein Entzündungsprozeſs vorliege. Nun habe ich schon an anderer Stelle angeführt, daſs Auspitz nach eigener Aussage nie einen Fall von Dysidrosis beobachtet haben will. Das will nun, unserer Ansicht nach, soviel sagen als: Auspitz muſs ähnliche Fälle beobachtet haben,

dieselben aber nicht als Dysidrosis, Cheiropompholyx oder Pompholyx, sondern als sog. Ekzem acut. vesicul. angesehen haben. Offenbar hatte sich AUSPITZ aus den bezüglichen Beschreibungen unter Dysidrosis einen Prozeſs vorgestellt, der, den Thatsachen nach zu schlieſsen, nicht existiert, wenigstens nicht in solcher Form.

Das einzelne Cheiropompholyx-Bläschen an und für sich besitzt kaum etwas charakteristisches. Das nämliche Bläschen treffen wir auch bei andern Prozessen wieder, so z. B. bei Skabies. Auch die Skabies vermag ganz ähnliche Bläschen aufzuweisen, die meist unter dem Milbengang in der Epithelialleiste sitzen. Auch hier geht die Bläschenbildung in ganz ähnlicher Weise vor sich, wie bei Cheiropompholyx. Trotzdem sind es zwei ganz verschiedene Prozesse, worum es sich hier handelt, und die klinischen Bilder beider sind so verschieden, daſs eine Verwechselung nicht leicht möglich ist.

Über die Natur der Cheiropompholyx-Erkrankung gehen die Ansichten, wie gesagt, noch sehr auseinander. Während die einen den Cheiropompholyx als eine Erkrankung sui generis aufstellen, erblicken die anderen in demselben eine besondere Form des akuten, vesikulösen Ekzems. Auf Grund meiner Beobachtungen und Untersuchungen muſs ich mich entschieden auf die Seite der ersteren stellen. Der Cheiropompholyx hat mit jenen Erkrankungen, die man für gewöhnlich Ekzeme nennt, nichts zu thun. Mit dem nämlichen Rechte könnte man sonst auch den Herpes Zoster und anderes mehr zu den Ekzemen rechnen. Während die sogenannten Ekzeme, wenn nicht ganz, so fast ausschlieſslich chronische Erkranknugen repräsentieren und durch ihre Vielgestaltigkeit und durch atypischen Verlauf überhaupt sich auszeichnen, haben wir es beim Cheiropompholyx mit einer akuten, typisch verlaufenden, reinen Bläschenerkrankung der Haut zu thun. Daſs in einzelnen Fällen von Cheiropompholyx sekundär Ekzem hinzutreten kann, das ändert am ganzen Bilde nichts. Solche sekundäre Erscheinungen sind als zufällige Komplikationen zu betrachten, die überall da eintreten können, wo äuſsere Schädlichkeiten auf die pompholyxkranke Haut einwirken, was an so exponierten Stellen, wie die Hände besonders es sind, leicht der Fall sein kann.

Was die Ätiologie des Cheiropompholyx anlangt, so kann man sicheres darüber nicht sagen. Der Umstand aber, daſs diese Erkrankung mit Vorliebe, nach unseren Beobachtungen sogar ausschlieſslich, abgespannte, nervöse, schwächliche Personen befällt, scheint mir ganz entschieden für die HUTCHINSONsche Annahme zu sprechen, daſs diese Erkrankung nervöser Natur ist. Für eine solche Auffassung sprechen unseres Erachtens auch die oft profusen Schweiſse, welche den Cheiropompholyx häufig begleiten. Diese Schweiſse halte ich aber vom Cheiropompholyx

vollständig unabhängig, d. h. in dem Sinne unabhängig, daſs der Cheiropompholyx nicht etwa als eine Folge der einhergehenden Hyperidrosis zu betrachten ist, sondern als eine Begleiterscheinung und zwar als ein konkomitierendes Symptom der nämlichen nervösen Erkrankung.

Ähnliche Schweiſse kommen auch ohne Cheiropompholyx-Eruption vor, und könnten oft eine mildere Form solcher Erkrankungen des Nervensystems darstellen. Eine andere Beziehung zum Schweiſsapparat besitzt der Cheiropompholyx nicht.

Was für Läsionen diesen nervösen Störungen zu Grunde liegen, darüber weiſs man zur Zeit noch nichts. Dem klinischen Bilde nach zu schlieſsen, muſs man jedoch annehmen, daſs eine Alteration in den zentralen oder peripheren, sensiblen Nervenelementen vorliegen müsse. Eine solche Alteration kann sich zu Zeiten verschärfen, und dann genügen geringere äuſsere oder innere Reize, letztere meist in der Form von Verdauungsstörungen, um eine Eruption hervorzurufen. Daſs fragliche Eruption sich mit Vorliebe auf gewisse Hautpartien und besonders auf die Hände lokalisiert, mag seinen Grund, zum Teil wenigstens, darin haben, daſs diese Teile eben zu den exponiertesten gehören. In unserm zuletzt zitierten Falle von Cheiropompholyx war es ein auf die Vola manus appliziertes Salizylpflaster, welches die Eruption auslöste, und zwar, wie ich glaube konstatiert zu haben, nicht infolge Übergreifens des Entzündungsprozesses, sondern durch direkte Reizung der zu den Fingern verlaufenden Nervenäste selbst.

Resumé:

1. Die als Dysidrosis (T. Fox), Cheiropompholyx (Hutchinson), Pompholyx (Robinson) bezeichnete Hauterkrankung beruht auf keinem Schweiſssekretionsprozeſs und besitzt mit Erkrankungen des Schweiſsapparates überhaupt keine direkten Beziehungen.

2. Der Cheiropompholyx ist eine Erkrankung sui generis und ist mit ziemlicher Sicherheit als eine neuritische Dermatose aufzufassen, bei welcher die Läsion der sensiblen Nervenelemente entweder peripher, wahrscheinlich aber zentral sitzt.

3. Eine Erkrankung, welche den Namen Dysidrosis verdient, existiert nicht. Diejenigen Fälle von Hyperidrosis, bei welchen infolge abnorm starker Epidermisentwickelung (vide o. Fälle von Geber und mir) Schweiſsretention, also Dysidrosis, eintreten kann, dürfen unter keinen Umständen als besondere Dysidrosiserkrankung angesprochen werden, denn die Dysidrosis ist in solchen Fällen nur eine Folgeerscheinung der Hyperidrosis, die Erkrankung selbst aber ist und bleibt die Hyperidrosis.

Über eine epidemisch auftretende Hautkrankheit,

welche einige Ähnlichkeit mit Ekzem und Pityriasis rubra darbot und während des Sommers und Herbstes 1891 hauptsächlich in dem westlichen Teile von London auftrat.

Von

THOMAS D. SAVILL, M. D. Lond., D. P. H. Camb.,
Medical Superintendent of the Paddington Infirmary, London.

(Schlufs.)

Fall M. XIII. — Joseph D. ist der zu Anfang dieser Abhandlung beschriebene Fall (Seite 3).

Fall M. XIV. — George H., 82 Jahre alt, wurde auf Saal VI, Bett 18, am 25. November 1890 wegen Bronchitis, Dilatation des rechten Herzens und doppelseitigen Bruchs aufgenommen. Er hatte nie zuvor irgend ein Hautleiden gehabt. Er war ein schwacher, alter Mann, stand aber jeden Tag auf und ging auch umher. Am 4. Juli brach der Ausschlag in Form von Papeln an den Händen, dem Arm und Gesicht hervor und breitete sich schnell auch auf andere Teile aus. Neun Tage nachher wurde derselbe etwas besser, doch trat alsbald eine Verschlimmerung mit verdoppelter Vehemenz hervor. Am 30. Tage (dem 3. August) war „kein Teil der Hautoberfläche frei von Ausschlag. Zunge ebenfalls desquamierend, rot und wund. Conjunctivae gerötet; halb eitriges Sekret. Gesichtshaut sehr empfindlich.“ Die Hautentzündung war in diesem Falle eine sehr akute; die Anorexie und die Hinfälligkeit erreichten die höchsten Grade. Am 34. Tage stellte sich Albuminurie ein, und das vorher bestehende Exsudat hörte auf. Am 35. Tage wurde eine Skizze des einen Beines angefertigt, und der Fall wurde Herrn HUTCHINSON gezeigt, der sich dahin aussprach, dafs derselbe zu jener Zeit grofse Ähnlichkeit mit Pityriasis rubra habe. Den 13. August (den 40. Tag): „Ist den ganzen Tag sehr matt gewesen. Sordes an Lippen und Zunge; Hände zucken fortwährend; Atmen frequent; Haut fühlt sich heifs an; Incontinentia alvi et urinae; es geht ein unangenehmer Geruch von dem Kranken aus. Die Temperatur, welche bisher stets normal oder auch subnormal gewesen ist, hat allmählich sich auf 38,5° C. erhoben.“ Er starb am nächsten Tage, sechs Wochen nach dem Beginne der Erkrankung. Bei der Autopsie, welche sechsunddreifzig Stunden nach dem Tode vorgenommen wurde, fand sich eine Degeneration der Herzwandung, aber die anderen Organe waren im Verhältnis zu seinem Alter auffällig gesund. Die Nieren wogen je ca. 80 g und waren, abgesehen von intensiver Hyperämie, im übrigen normal. Der Fall war durch grofse Intensität ausgezeichnet, und der Tod erfolgte durch Asthenie. Es war dies der einzige Fall, bei welchem eine prämortale Temperatursteigerung zu verzeichnen war. Bei den anderen war der letale Ausgang stets durch subnormale Temperaturen während mehrerer Tage eingeleitet.

Fall M. XV. — Joseph P., 70 Jahre alt, wurde mit linksseitiger Hemiplegie, Gehirnerweichung und Schrumpfniere am 2. Mai 1890 auf Saal VIII, Bett 12, aufgenommen. Er war sowohl geistig wie körperlich sehr schwach und blieb immer im

Bett liegen. Der Lebensfunke war nicht sehr kräftig, und es war nur wenig dazu nötig, um denselben ganz auszulöschen. Dies Wenige trat denn auch am 4. Juli 1891 in Gestalt eines Anfalls der Dermatitis, welche als ein erythemato-squamöser Ausschlag an den Armen, dem Rumpf und dem Beine sich entwickelte, hinzu. Exsudat war nicht vorhanden, und die Abschuppung war nur gering. Die Temperatur war nicht erhöht. Der Ausschlag war verhältnismäfsig unbedeutend und wurde niemals ganz universell, aber die Schwäche war grofs, und der Kranke starb ziemlich plötzlich innerhalb einer Woche nach Beginn der Affektion.

Die Autopsie wurde fünfzehn Stunden nach dem Tode ausgeführt und ergab Atherom der Gehirnarterien, „Hypermyotrophie" der Körperarterien, Degeneration der Herzwand, zirkumskripte Erweichungsherde im Gehirn, lokale Pachymeningitis frontalis und Schrumpfniere im 2. Stadium.

Fall M. XVII. — Henry B., 71 J. alt, bei welchem eine Inkubationsperiode vorhanden gewesen zu sein scheint, denn er erkrankte mit Erbrechen und Fieber (40,1°) am 25. Juni, und der Ausschlag stellte sich erst dreizehn Tage später ein. Derselbe nahm den gewöhnlichen Verlauf; es trat aber als Komplikation Bronchitis hinzu, an der er am 51. Tage starb.

Fall M. XVIII. — William B., 25 J. alt, wurde mit Paraplegie von wahrscheinlich syphilitischem Ursprung nebst Inkontinentia duplex und Cystitis am 2. Mai 1891 auf Saal V, Bett 15, aufgenommen. Er war infolge seiner Leiden bettlägerig. Er hatte niemals zuvor an irgend einer Hautkrankheit gelitten. Bei diesem Patienten war der Ausschlag gering, von kurzer Dauer und wurde niemals ganz universell. Derselbe begann (am 8. Juli) in Form von schuppigen, erhabenen Erythemflecken am Arme, an den Ohren und der Stirn. Das Erythem schuppte und verging dann nach Verlauf von zehn Tagen wieder. Die einzigen anderen Symptome bestanden in Trockenheit im Halse und Durst. Der Ausschlag war verschwunden, als der Patient am 27. Juli uns verliefs.

Fall M. XIX. — Charles G., 70 Jahre alt, wurde mit senilen Veränderungen des Herzens und des Gefäfssystems, sowie beginnender Paralysis agitans am 20. Mai 1891 auf Saal VI, Bett 13, aufgenommen. Er hatte niemals an einer Hautaffektion oder an Gicht gelitten. Der Kranke war den ganzen Tag auf.

Auch bei diesem Kranken, der noch dreimal so alt als der vorherige war, war der Ausschlag nur gering. Derselbe begann (am 10. Juli) als papulöses Erythem am Gesicht, welches abzuschuppen anfing, breitete sich dann auf die Arme weiter aus und hielt acht bis vierzehn Tage an. Am 19. August war das Gesicht wieder gesund, aber einige zertreute Papeln und schuppende, gerötete Flecke fanden sich auf den Ober- und Unterschenkeln. Während die Beine sich besserten, wurden der Rumpf und die Arme wieder befallen, aber die ganze Haut war vor dem September gesund. Die Allgemeinerscheinungen waren gering. Es folgten zwei Rezidive im Oktober und November. Temperatur stets normal. Behandlung: Zinksalbe linderte den Juckreiz. Rapide Besserung der Rezidive bei Anwendung von Kreolinlösung.

Fall M. XX. — (Ein vollständig gesunder Mann, der vier Tage nach der Aufnahme erkrankte.) Edward C., 33 Jahre alt, wurde mit einer schweren Wunde der Kopthaut am 8. Juli auf Saal V, Bett 21, aufgenommen. Hatte nie zuvor eine Hautkrankheit gehabt. Ein unbedeutendes, schuppiges Erythem erschien zuerst am Gesicht (den 12. Juli), nicht in der Nähe der Wunde, und breitete sich dann auf die Arme aus. Es bestand nur ein mäfsiger Juckreiz, wenig Sekret, feine, kleienförmige Schuppen, sehr geringe Störung des Allgemeinbefindens. Der

Ausschlag wurde niemals universell, und der Patient war bei seiner Entlassung zwei Wochen später wieder genesen (den 27. Juli).

Fall M. XXI. Edward K., 40 Jahre alt, wurde mit Paraplegie, wie wir annahmen, infolge eines Gummas der Theca vertebralis, welche ihn bettlägerig machte, am 26. November 1889 auf Saal VII, Bett 29, aufgenommen. Er hatte nie vorher an irgend einer Hautkrankheit gelitten. Dieser Fall war durch seine mäfsige Intensität und den langwierigen Verlauf ausgezeichnet. Derselbe begann (den 12. Juli) als „ekzematöser" Ausschlag an der Beugeseite der Ellbogen, griff dann auf die Arme, die Brust, das Gesicht und die Ohren über. Während diese Stellen abheilten, traten frische Flecke an den Füfsen und unterhalb der Kniee auf. Der Ausschlag erreichte im Laufe von zwei Wochen seinen Höhepunkt und fing dann an abzublassen. Aber längere Zeit hindurch exazerbierten immerwährend neue Stellen. Zu einer oder der anderen Zeit waren sämtliche Teile des Körpers befallen. Den 7. August: „Füfse und Unterschenkel sind mit dicht gesäten Purpura-Flecken, welche bald vergingen, besetzt." Geringe Diarrhoe gelegentlich; auffällige Anorexie; geringe Hinfälligkeit. Beträchtlicher Juckreiz. Normale Temperatur. Die Krankheit dauerte ungefähr sieben Wochen, vom 12. Juli bis zum 4. September, und führte zu Haarausfall, intensiver schleimig-eitriger Konjunktivitis und andauernd rezidivierender, exsudativer Dermatitis (rekurrierendes Ekzem) des Gesichts und des Kopfes, was bis zum Ende Dezember (vier Monate) anhielt. Behandlung: unter Kreolinlösung besserte der Ausschlag sich überall, aufser am Gesicht, wo auch Ungt. cal. c. zinc. ohne Erfolg appliziert wurde.

Fall M. XXII. — James C., 62 Jahre alt, wurde wegen vergifteter Hand mit nachfolgender Phlegmone des linken Arms und chronischer Pyämie am 2. September 1890 auf Saal V, Bett 24, aufgenommen. Er hatte niemals vorher Gicht, Rheumatismus oder irgend ein Hautleiden gehabt. Zur Zeit des Ausbruchs der Epidemie wurde der linke Arm gerade mit Massage zur Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit desselben behandelt, aber das Leiden begann am anderen (rechten) Arm am 3. Juli in Gestalt eines intensiv sezernierenden, papulo-vesikulösen Ausschlags. Der linke Arm wurde erst einige Tage später ergriffen, und der Ausschlag breitete sich später per continuitatem auf den Hals, den Rumpf, die Oberschenkel und das Gesicht aus und wurde somit universell. Die Sekretion war bei diesem Fall so profus, dafs die Körper- und Bettwäsche durchtränkt waren. Die Haut war erheblich verdickt, und das Gesicht war bis zur Unkenntlichkeit geschwollen. Wenn der Ausschlag sich auf neue Teile ausbreitete, schritt derselbe mit einem deutlich markierten, erhabenen Rande vorwärts mit vorgeschobenen Papeln und Bläschen. Farbige Skizzen wurden an verschiedenen Tagen, am 11., 14. und 17. August, angefertigt; sie zeigen diese Eigentümlichkeiten und auch die Schuppenbildung. Anorexie und Asthenie waren stets sehr prononziert. Keine Diarrhoe noch auch Erbrechen oder Albuminurie. Der Primäranfall dauerte sechs Wochen (vom 3. Juli bis zum 14. August). Es folgten nicht weniger als zehn Exazerbationen, teils zirkumskript, teils universell, nämlich am 15., 17. und 31. August, am 3., 7. und 21. September, am 8. und 15. Oktober, am 4. November und am 8. Dezember. Bei jeder dieser verschiedenen Gelegenheiten wurden successive Schichten der Epidermis abgeworfen, und die Haut bot schliefslich ein braunes, pergamentartiges Aussehen dar, wobei ein fortwährendes Abschuppen oder Ablösen von Fetzen in eigentümlich zirkumskripten Bogenlinien, die auf den Armen quer, auf dem Rumpfe mehr oder weniger vertikal verliefen, stattfand. Zu wiederholten Malen traten schleimig-eitrige Konjunktivitis und Otorrhoe auf; und auf die Attake der Krankheit folgte

totaler Verlust des Kopfhaares und Ausfallen der Nägel. Schliefslich erholte sich der Kranke wieder, zweifelsohne wegen des mäfsigen Grades der konstitutionellen Störungen und des Fehlens von Albuminurie.

Die Fieberkurve ist bemerkenswert. Während der ersten zwei Wochen der Krankheit war die Temperatur unter der Norm; in der dritten stieg dieselbe zweimal auf 38,0°; in der vierten zweimal auf 37,9° und je einmal auf 38,4°, 39,5° und 40,0°; in der fünften Woche blieb dieselbe normal; in der achten und neunten Woche traten gelegentliche Steigerungen ein; in der zehnten und elften Woche durchschnittlich normales Verhalten; von der zwölften an des Morgens subnormal, des Abends normal. Der ganze Anfall dauerte fast zwanzig Wochen (vom 3. Juli bis zum 12. Dezember).

Wie bei mehreren anderen chirurgischen Fällen fing auch hier der Ausschlag nicht in der Umgebung der Wunde an, noch auch an dem mit Einreibungen gerade behandelten Arme, sondern eben an dem anderen. Der Ausschlag war anfangs asymmetrisch, wurde aber in dem weiteren Verlauf symmetrisch.

Fall M. XXIII. — James L., 77 Jahre alt, war wegen Altersveränderungen am Herz- und Gefäfssystem in Behandlung. Er acquirierte eine sehr heftige Attake des Leidens, verbunden mit Erbrechen, Albuminurie, Kollaps und Inkontinenz des Stuhls und Urins. Trotzdem genas er schliefslich.

*Fall M. XXV. — George C., 49 Jahre alt, wurde mit Synovitis des rechten Knies am 25. Juni 1891 auf Saal V, Bett 6, aufgenommen. In jeder anderen Beziehung befand er sich bei ausgezeichneter Gesundheit, und abgesehen davon, dafs er Bier ziemlich im Übermafs konsumiert hatte und vor etwa drei Jahren nach seiner Angabe „Erysipel“ der linken Wade gehabt hatte, war er sonst stets gesund gewesen. Durch Ruhe besserte sich die Synovitis erheblich, und er fing an aufzustehen. Aber am 22. Juli (vier Wochen nach der Aufnahme) brach der Ausschlag auf der rechten Wange und der Stirn aus. Dies verging wieder ein wenig, aber am 1. August traten vereinzelte Papeln an einer neuen Stelle hervor, und zwar nunmehr symmetrisch auf der Vorderseite der Oberschenkel und dann am 2. auf der Streckseite der Vorderarme. Die Papeln wurden konfluent und bildeten eine harte, hyperämische Haut, und der Ausschlag breitete sich allmählich weiter aus und war bereits am 25. Tage universell. Der Appetit war erheblich vermindert, und das Allgemeinbefinden war gestört. Die Zunge, anfangs belegt, wurde bald von Epithel entblöfst und wund. Die Infiltration der Haut war beträchtlich. Ausschlag anfangs trocken; spätere Nachschübe waren vesikulär und an einzelnen Stellen pustulös. Intensive schleimig-eitrige Konjunktivitis. Den 1. September (40. Krankheitstag), Arme, Gesicht und linkes Bein beträchtlich geschwollen. Purpurflecke auf der Vorderseite des linken Beins. Den 4. September: „Schwellung nimmt ab, Haut rot, wie poliert. Hinfälligkeit intensiv. Muskelzuckungen. Ist bei Bewufstsein, aber schläfrig und apathisch. Hatte heute drei Fröstelanfälle, aber ohne Temperatursteigerung. Hat in letzter Zeit gelegentlich erbrochen. Obstipation. Zunge wund, empfindlich, rot. Keine Albuminurie.“ Späterhin stellten sich Diarrhoe und Albuminurie ein, und der Patient verschlimmerte sich nach und nach. Den 11. September (den 46. Tag), hochgradige Schwäche. Scheint zum Schlucken unfähig zu sein. Temperatur sehr gesunken. Haut löst sich in grofsen Fetzen ab. Den 14. September unruhig, versucht aus dem Bett zu gehen. Bei halbem Bewufstsein. Läfst sich kaum ermuntern; verweigert jede Nahrung; Sordes. Gelegentliches Auffahren und Zittern. Es geht ein sehr unangenehmer Geruch von dem Patienten aus. Bis zum Eintritt des Todes am 16. trat keine weitere Änderung ein. Die Temperatur war

während der ersten vier Wochen der Krankheit normal oder subnormal; in der fünften stieg sie allmählich auf 38,3° und ging nach Intermissionen während der folgenden drei Tage dann wieder zur Norm zurück. In der siebenten Woche stieg dieselbe allmählich wieder, diesmal bis zu 39,5°, fiel dann stetig bis 35,6° und schwankte die letzten sechs Tage vor dem Tode zwischen 35,7° und 36,4°. Behandlung: Anfangs wurde ein Streupulver von Zink und Amylum gebraucht, darauf Galmeilösung und schliefslich Kreolin in Lösung. Letzteres schien eine gewisse Besserung zu bewirken, war aber zu spät angewandt worden, als dafs sich die Krankheit dadurch hätte aufhalten lassen. Er besserte sich erheblich bei Verabreichung von Stimulantien in grofsen Dosen und ernährenden Klystieren, aber die Wirkung war keine anhaltende.

Autopsie, vierundzwanzig Stunden nach dem Tode: Haut überall in Schuppen. Etwas Pigmentierung an Armen und Beinen. Pleuren, Peritoneum, Herz (372 g ca.) normal. Lungen (rechts 574 g, links 566 g) an der Basis hyperämisch. Leber (1810 g) normal. Milz (255 g) abnorm grofs, nicht aufgelöst. Nieren (rechts 156 g, links 170 g) hyperämisch und Kapseln ein wenig verdickt, lassen sich aber leicht abziehen; im übrigen wie gewöhnlich. Magen: Petechien; gröfsere Mengen Schleim; keine Ulcerationen. Die Gedärme ungewöhnlich hyperämisch, namentlich im Anfangsteil des Duodenum, keine eigentliche Kontinuitätstrennung der Oberfläche, Aussehen jedoch wie beim ersten Stadium der Geschwürsbildung. Grofse Mengen Schleims. Mesenterialdrüsen nicht geschwollen. Gehirn (1350 g): Meningen undurchsichtig und adhärent, sonst ohne Abnormitäten. Am rechten Knie die Zeichen chronischer Arthritis.

Somit hätten wir hier wiederum einen Mann in den besten Jahren, der, wegen einer unbedeutenden lokalen Störung aufgenommen, vier Wochen nachher die Krankheit acquiriert und nach tapferer Gegenwehr während einundfünfzig Tage schliefslich doch der Krankheit erlegen ist. Ein derartiges Ereignis ist vollständig von allem, was wir von Ekzem kennen, verschieden.

Fall M. XXVI. — William M., 42 Jahre alt, wurde wegen Ulcus cruris am 28. April 1891 auf Saal VII, Bett 25, aufgenommen. Der Ausschlag begann (am 22. Juli) nicht am Beine, sondern am Ohr und auf der Wange. Derselbe war ganz trocken, sehr unbedeutend und verschwand innerhalb acht Tagen wieder; aber am 1. August traten neue Papeln an beiden Armen (dieses Mal gleichzeitig und in symmetrischer Verteilung) auf; dann trat eine Verschlimmerung am Gesicht wieder ein, aber der Ausschlag griff niemals über die genannten Gebiete hinaus. Den 17. August (den 16. Tag): „Der Ausschlag ist trocken und besteht aus Papeln, welche meistenteils mit feinen Schuppen besetzt sind. An den Gelenkbeugen haben sich erhabene Flecke gebildet, welche desquamieren. Das ganze Gesicht einschliefslich der Ohren ist gerötet, kleienförmig abschilfernd, und die Schuppen sind hier eher dichter als sonstwo. Bis vor vier Tagen sezernierten die Ohren; an dem übrigen Körper nichts von Sekret zu bemerken.“ Es trat keine Temperatursteigerung ein noch auch andere Zeichen einer besonderen allgemeinen Erkrankung, und er wurde am 19. August geheilt entlassen nach einer Krankheitsdauer von vier Wochen.

Fall M. XXVII. — George G., 72 Jahre alt, wurde wegen langdauernder Paraplegie, welche ihn seit 20 Jahren ans Bett gefesselt hatte, am 16. November 1890 auf Saal VI, Bett 16, aufgenommen. Im Mai und Juni 1891 war er sehr elend mit gelegentlicher Diarrhoe, Erbrechen, einem Gefühl von Ohnmacht, gelegentlichen Attaken von Cheyne-Stokesschem Atmen und Spuren von Eiweifs im Urin. Er

war auf dem besten Wege, als während der ersten Juliwoche „trockene, schuppige Stellen" auf dem Ellbogen konstatiert wurden. Dieser Ausschlag war sehr unbedeutend und wäre beinahe unserer Beobachtung entgangen, bis drei Wochen nachher (am 23.) flache, blasse, rosarote Papeln zum Vorschein kamen, welche über den ganzen Rumpf verstreut waren, und „stellenweise zu rundlichen Flatschen (ähnlich dem Erythema nodosum) zusammengelaufen waren; bei einigen war ein Abblassen des Zentrums und Erhöhung der Peripherie zu beobachten; keine im Gesicht oder an den Extremitäten. Kopfhaut stark schuppend; der ekzematöse Ausschlag an den Ellbogen ist stärker gerötet, und es finden sich rund umher vorgeschobene Papeln. Unter der Lupe betrachtet, scheinen die flachen Papeln auf dem Rumpf mit minimalen Bläschen besetzt zu sein." Patient ist so schwach, dafs er nicht einmal sich aufsetzen kann. Die flachen Papeln konfluierten, und im Verlaufe der nächsten acht bis vierzehn Tage breitete sich der Ausschlag auf den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts aus.

Den 15. August: An den Händen und Unterschenkeln trat Purpura auf, und am 21. August stellte sich die Diarrhoe, an welcher er seit dem Bestehen des Ausschlags nicht mehr gelitten hatte, wieder ein und hielt einige Tage an. Patient wurde immer schwächer, kollabierte mehrmals und wurde schliefslich somnolent. Hingegen verschwand jetzt die Albuminurie, welche vor dem Ausbruch des epidemischen Leidens bestanden hatte, und das spezifische Gewicht des Urins war ein normales. In der zweiten Hälfte des August entwickelte sich an verschiedenen Stellen (zu einer Zeit an elf) Dekubitus mit grofser Rapidität. Um den 29. August trat eine Parotitis ein, und der Kranke starb am 2. September, offenbar an Erschöpfung, fünf und eine halbe Woche nach dem eigentlichen Anfang der Krankheit. Bis zur Entwickelung der Parotitis blieb die Temperatur normal, doch trat alsdann eine Steigerung ein. Niemals wurden Schüttelfröste oder Hyperidrosis konstatiert. Die Autopsie wurde sechsunddreifsig Stunden nach dem Tode ausgeführt und ergab eine Obliteration des Herzbeutels (wodurch auch der plötzliche Eintritt des Todes erklärt ist), alte, abgelaufene Tuberkelherde in der Lunge, der Milz und dem Herzen. Die Nieren waren zwar hyperämisch, doch waren diese Organe sonst, wie auch alle übrigen (mit Ausnahme des Rückenmarks) normal. Die Gedärme wurden leider nicht untersucht.

Fall M. XXIX. — William C., 61 Jahre alt, wurde wegen Arthritis uratica namentlich am rechten Ellbogen, an beiden Beinen und Füfsen, und peripherer Neuritis, welche er ab und zu während acht Jahre gehabt hatte, und welche ihn bettlägerig gemacht hatte, am 11. Februar 1891 auf Saal VII, Bett 5, aufgenommen. Etwa am 26. Juli trat der Ausschlag auf in Gestalt „einer Rötung und einer geringen Seborrhoe hinter dem Ohre und auf der rechten Seite des Halses; Haut ein wenig infiltriert, ferner einige ganz spärliche Papeln auf der Streckseite des rechten Vorderarms." Bis zum 7. August waren letztere ganz verschwunden, und erstere hatten sich zurückgebildet. Der Ausschlag war am 28. August ganz abgeheilt, aber am 2. Oktober trat ein Rezidiv auf, welches sehr intensiv war, obgleich stets auf den Hals, das Gesicht und den Kopf beschränkt, und zwar dieses Mal in symmetrischer Verteilung. Den 21. Oktober: „Augenlider geschwollen und rot; Konjunktiven intensiv hyperämisch; einige beginnende Phlyktänen. Die Mitte des Gesichts intakt. Patient sagt: „Die Schmerzen sind furchtbar." Diese zweite Attake ging ungefähr um die Mitte des folgenden Monats zurück. Es trat weder Albuminurie noch eine ausgesprochene Störung des Allgemeinbefindens ein. Bei diesem Falle schien die frühzeitige Anwendung von Kreolin in Lösung eine sehr günstige Wirkung auszuüben.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dafs der Anfall nur einen mäfsigen Grad erreichte, trotzdem der Patient eine intensiv gichtische Diathese hatte und sich in höherem Lebensalter befand. Ferner dafs einzig und allein diejenigen Teile befallen wurden, welche fortwährend der Luft ausgesetzt waren. Sein rechter Arm war unbeweglich, war stets fest eingewickelt und entging daher der Erkrankung, aber sein linker Arm war frei und wurde ebenso wie der Hals von dem Ausschlag befallen.

Fall M. XXX. — Charles K., 67 Jahre alt, wurde wegen Nekrose der Knochen des rechten Fufses, der später auch amputiert wurde, am 20. Dezember 1890 auf Saal VII, Bett 31, aufgenommen. Die Amputationswunde heilte langsam, und er wurde im Mai 1891 von einem Ekzem des rechten Oberschenkels eben oberhalb des Stumpfes heimgesucht. Indessen entsprang die epidemische Dermatitis nicht von dieser Stelle, sondern von der Hand und zeigte sich zunächst als papulöses Erythem; mit grofser Geschwindigkeit wurden im Laufe von drei Tagen andere Teile des Körpers in successiven isolierten Herden ergriffen. So ist aus einem vorzüglichen Diagramm, welches Fräulein Benson anfertigte, ersichtlich, dafs am 29. Juli der Ausschlag sich an zwölf besonderen Stellen auf verschiedenen Teilen des Rumpfes und der Extremitäten vorfand. Dieselben stellen sich als papulöse, desquamierende Flatschen dar mit geringer oder überhaupt gar keiner Sekretbildung. Diese Stellen konfluierten nie, und der Ausschlag war somit nie ganz universell. Bis zum 10. September (sechs und eine halbe Woche) war derselbe verblafst.

*Fall M. XXXI. — John J., 40 Jahre alt, wurde wegen Harnröhrenstriktur, an der er mehrere Male bereits behandelt worden war, am 21. Juli 1891 auf Saal VII, Bett 22, aufgenommen. Die Striktur gestattete schon bei der Aufnahme sehr leicht die Einführung eines Katheters No. 4 und war wirklich nur von sehr geringer Bedeutung. Er hatte in seinem ganzen Leben niemals irgend ein Hautleiden gehabt, und in jeder anderen Beziehung war seine Gesundheit eine vorzügliche. Aber zwei Tage nach seiner Aufnahme im Hospital auf einem Saale, wo sich mehrere Fälle der epidemischen Krankheit befanden, trat bei ihm ein papulös-seborrhoischer Ausschlag an der Stirn und im Gesicht auf, ein paar Tage später dann auch auf der Streckseite beider Hände. Den 7. August (11. Krankheitstag): — „Ausschlag an Händen und Armen hat grofse Ähnlichkeit mit Urticaria; kleinere Papeln laufen zu gröfseren zusammen. Die Affektion kommt und geht. Späterhin griff der Ausschlag auch auf die Rückseite der Beine über, worauf er dann gegen das Ende August sich besserte.“ Den 2. September: „Gestern ist das Gesicht wieder befallen worden und ist jetzt rot, gedunsen und schuppend. Feuchtigkeit an beiden Seiten der Nase und hinter den Ohren zu finden.“ Den 11. September: Fühlt sich schwach und krank. Ausschlag auch auf die Brust übergewandert, der einzige Teil, der bisher verschont geblieben war. Nach einer Dauer von sechs und einer halben Woche ist der Ausschlag jetzt universell.“ Den 14. September: Entschiedene Wendung zum Besseren. Schwellung vermindert. Arme fast von natürlicher Farbe. Am Nacken starke Sekretion.“ Den 16. September: „Seit mehreren Tagen sind die Beine mit einer Aussaat von Bläschen besetzt gewesen; Füfse heute geschwollen. Von Anfang an ist das Sekret auf dem Nacken reichlicher als anderswo gewesen. Klagt über Muskelkrämpfe und lanzinierende Schmerzen in den Händen, Füfsen und Unterschenkeln. Urin normal. Jucken intensiv. Schlaflosigkeit.“ Den 24. September: „Kann immer noch nicht schlafen.“ Den 2. Oktober: „Haut befindet sich in der Besserung; nervöse Reizbarkeit ist aber sehr erheblich. Kann nicht

schlafen. Fährt bei jedem leisesten Geräusche auf; scheint hyperästhetisch zu sein. Klagt, dafs beide Hände sich taub anfühlen und halb gelähmt seien, kann die Finger nicht vollständig beugen noch strecken; Füfse normal. Puls von geringer Spannung, regelmäfsig, ziemlich frequent. Urin sauer, 1009, blafs, ohne Eiweifs. Kein Erbrechen, keine Diarrhoe." Den 15. Oktober. „Haut trocknet jetzt ein. In der linken Achselhöhle ein Abszefs." — Die Haut war immer noch ziemlich rot, und die Epidermis blätterte noch ab, als Patient am 23. Oktober auf Verlangen entlassen wurde, doch war sein Gesamtbefinden besser. Kreolinsalbe war gebraucht worden, jedoch zu spät, um bei diesem Falle von grofsem Nutzen zu sein. Schwefelsalbe schien einige Wirkung zu haben. Der Anfall hatte ein starkes Ausfallen der Haare im Gefolge.

Bei diesem Falle war das Exanthem von erheblicher Intensität und rezidivierte an der einen Stelle, bevor die andere noch abgeheilt war. Man kann die Dauer der Primärattake zu fünf bis sechs Wochen rechnen, aber das Gesicht, das beinahe wieder geheilt war, rezidivierte, bevor die Beine sich von dem ersten Ausbruch wieder erholt hatten. Was aber bei diesem Falle von gröfserer Bedeutung erscheint, ist der Umstand, dafs ein kräftiger, gesunder Mann zwei Tage nach der Aufnahme wegen einer geringfügigen Affektion das Leiden acquiriert. Auch ist die ungewöhnlich hochgradige nervöse Reizbarkeit bemerkenswert.

Fall XXXV. — William U., 55 Jahre alt, wurde wegen chronischer Bronchitis und Herzdilatation am 17. November 1890 auf Saal VI, Bett 19, aufgenommen. Die Anamnese ergab ein früher bestandenes Ekzem an den Beinen. Bei der Aufnahme fand sich Eiweifs im Urin, was sich auch nicht wieder verlor. Dem Eintritt des Ausschlags ging im Juli Diarrhoe voran, die einige Wochen lang anhielt, und späterhin etwas Erbrechen. Den Anfang bildeten am 26. Juli Papeln an den Armen, und der Ausschlag wurde dann schnell universell. Diarrhoe und Erbrechen hörten sofort auf, sobald der Ausschlag vollständig entwickelt war. Letzterer nahm den üblichen Verlauf und war am 9. Oktober nach einer Dauer von neun und einer halben Woche beendet. Am 2. November jedoch trat ein Rezidiv ein. „Mehr Papeln auf Rücken und Bauch. Haut sehr hyperämisch und verdickt. Auf dem Abdomen etwas Sekretbildung. Eingetrocknetes Exsudat auf dem Gesäfs. Kopfhaut noch mit Borken besetzt." Den 4. November: „Von den Augen wird ein wenig schleimiger Eiter abgesondert. Abendliche Temperatur 37,8°. Puls 120. Atmen erschwert. Bronchitis." Den 14. November: „Haut beinahe abgeheilt. Heute Morgen ist an der linken Hand die grobe Kraft sehr herabgesetzt. Ist nur eben im stande, den linken Arm aufzuheben; linkes Bein normal. Keine Facialisparese links." Die Schwäche der Hand und des Armes der linken Seite hielt bis zum Ende November an. Die Bronchitis, Albuminurie und Cyanose nahmen zu, und der Patient starb an der Lungenkomplikation am 26. Dezember." Die Temperatur war während der ganzen Zeit normal mit der einzigen, bereits erwähnten Ausnahme. Dem Ausschlag folgten Otorrhoe, Anschwellung der Leistendrüsen, ausgesprochene Pigmentierung und Ausfallen der Haare. Die Autopsie, sechs Stunden nach dem Tode ausgeführt, ergab eine ausgedehnte Bronchitis und Emphysem. Nieren (rechts 141 g, links 155 g) intensiv hyperämisch, aber sonst normal. Herz dilatiert und degeneriert. Alle Organe hyperämisch.

Der ganze Verlauf bei diesem Falle deutete ebenso wie bei M. XI sehr entschieden darauf hin, dafs das Gift vom Intestinalkanal aus aufgenommen wurde. Die Parese des linken Armes und der Hand war eine sehr eigentümliche und bisher unaufgeklärte Erscheinung.

Fall M. XXXVI. — William M., 63 Jahre alt, wurde mit Schrumpfniere, Hemiplegie und Aphasie und anhaltender Cephalalgie am 28. Januar 1890 auf Saal V, Bett 11, aufgenommen. Er war infolge dieser Leiden bettlägerig. Das Interessante bei diesem Falle bestand in der ringförmigen Gestalt des Ausschlags, der ausgesprochenen Wirksamkeit keimtötender Mittel und dem Umstand, daſs der Kranke trotz der bestehenden Schrumpfniere sich wieder erholte. Die Anamnese ergab keine vorherige Hautkrankheit. Der Ausschlag fing am 28. Juli 1891 mit flachen Papeln auf dem linken Vorderarm an. Derselbe blieb einige Zeit auf diese Stelle beschränkt. Den 10. August: Vesikulöse Flecke auf dem rechten Oberschenkel und bald nachher auch am ganzen übrigen Körper erhöhte, schuppende Flecke mit geringem Sekret. Bis zum 15. September Besserung, aber um den 1. Oktober hatte er ein Rezidiv, und diesmal wurden die Papeln, indem sie sich vergröſserten, deutlicher ringförmig als beim ersten Mal — „Peripherie erhöht und roter als das Zentrum, welch' letzteres eingesunken und desquamierend erscheint" (Notiz vom 13. Oktober). Diesmal blieb der Ausschlag auf den linken Arm beschränkt. Den 21. Oktober: „Ringe sind etwas gröſser, deutlicher entwickelt und erhaben, die Schuppen etwas dicker. Heute sind zwei neue Flecke zum Vorschein gekommen." Den 27. Oktober: „Sämtliche Stellen sind in stetiger Zunahme begriffen und haben sich um das Doppelte vergröſsert. Die eintägige Anwendung von Karbollösung (1 : 20) hemmte die weitere Entwickelung. Unter Ungt. sulph. verschwinden sie jetzt schnell. Das Mittel ist seit dem 22. Oktober angewandt worden." Im November hatte er einen zweiten Rückfall mit der nämlichen Art von ringförmigen Flecken, und die gleiche Behandlung war wiederum von Erfolg begleitet. Der Ausschlag war auf der gesunden Seite stets schlimmer als auf der gelähmten.

Fall M. XXXVII. — Thomas C., 58 Jahre alt, wurde wegen Ulcus cruris am 26. Januar 1891 auf Saal VII, Bett 20, aufgenommen. Aber der Ausschlag fing nicht in der Umgebung des Ulcus an, sondern symmetrisch an beiden Knien (den 1. August). Später attackierte derselbe die Beine, Füſse, Arme, Hände und Gesicht, wurde aber niemals ganz universell. Es bestand ein intensiver, lokalisierter Juckreiz, aber die konstitutionellen Symptome waren nur mäſsig. Es traten mehrere Rezidive ein, und es folgten auf den Ausschlag ausgesprochene Pigmentierung, Drüsenabscesse und Furunkel.

Fall M. XXXVIII. — John. P., 65 Jahre alt, wurde wegen Arthritis rheumatica an beiden Hüften und Knien am 2. Dezember 1889 auf Saal VI, Bett 1, aufgenommen. In allen anderen Beziehungen war seine Gesundheit eine sehr gute, und er war den ganzen Tag auſser Bett und bewegte sich frei umher. Die inneren Organe wurden normal befunden, was später bei der Autopsie bestätigt wurde. Dieser Patient litt ebenso wie M. XXVII einige Zeit lang vor dem Ausbruch des Exanthems an Erbrechen und Diarrhoe. Der Urin war normal. Der Ausschlag begann am 4. August an den Händen, trat drei Tage später am Halse und an den Beinen hervor; an letzterer Stelle war derselbe mit Purpura kompliziert. Es fand eine rapide Ausbreitung auf die Kopfhaut und andere Teile statt, und am 12. August, nur acht Tage nach dem Anfangen, war das Haar in rapidem Ausfallen begriffen.

Der Ausschlag wurde nie ganz universell, und die Dermatitis war mäſsig im Vergleich zu anderen Fällen und bildete sich schnell zurück; trotzdem waren die Asthenie und Anorexie sehr hochgradig. Das Erbrechen lieſs ein wenig nach, und die Diarrhoe hörte auf, nachdem der Ausschlag zum Vorschein gekommen war.

Vier Wochen nach dem Anfang wurde (den 4. September) konstatiert, dafs „der Kranke aufserordentlich schwach sowohl körperlich wie geistig ist; deliriert ein wenig. Inkontinenz des Stuhls und Urins. Erbricht gelegentlich. Die Schwäche steht in keinem Verhältnis zum Ausschlag, welcher niemals sehr ausgebreitet war und jetzt nur spurweise in Gestalt einer geringen Seborrhoe der Füfse vorhanden ist. Hat sämtliche Haare verloren. Verbreitet einen unangenehmen, sauren Geruch wie die anderen Patienten, trotzdem jetzt kein Ausschlag mehr vorhanden ist." Zwei Tage später starb er an Erschöpfung.

Der Urin war normal, und die Temperatur durchweg subnormal — 36,0° am Morgen vor dem Tode.

Autopsie, zwölf Stunden nach dem Tode von meinem Kollegen während meiner Abwesenheit ausgeführt, ergab normale Verhältnisse aller Organe und Gewebe mit Ausnahme der Gelenke. Der Magen enthielt gröfsere Mengen Schleim und hyperämische Stellen.

Dieser Kranke war trotz seines Gelenkleidens für sein Alter bei vollkommener Gesundheit zur Zeit des Ausbruchs der Dermatitis, und er stammte aus einer gesunden, langlebigen Familie. Wie bei M. XI, XXXV und anderen mufste man bei diesem Fall an eine Aufnahme des Giftes vom Verdauungskanal aus denken. Ein anderer interessanter Punkt war das absolute Mifsverhältnis zwischen den sichtbaren Zeichen der Hauterkrankung und der Gravität der allgemeinen Störung.

Fall M. XLIII. — George R., 40 Jahre alt, wurde mit einer schweren Verletzung des Gesichts am 22. Juli 1891 auf Saal VIII aufgenommen. Sonst befand er sich bei sehr guter Gesundheit, aber die Umgebung der Wunde eiterte stark, und dieselbe brauchte lange zum Heilen. Der Ausschlag begann (am 6. August) zwei Wochen nach der Aufnahme nicht in der Umgebung der Wunde, sondern zunächst auf der Brust und dann an den Armen. Derselbe wird als der Urticaria ähnlich beschrieben und blafste bald ab. Vier Wochen später kam er wieder zum Vorschein und breitete sich diesmal rapide fast über den ganzen Körper aus. Die Läsionen waren ganz trocken und schuppig, aber die Haut war nur sehr wenig verdickt.

Allgemeinerscheinungen fehlten, und der Ausschlag blieb nur drei Wochen bestehen, worauf er ebenso plötzlich, wie er gekommen war, wieder verschwand. In diesem Fall war die Hautaffektion zwar sehr weit verbreitet, aber verhältnismäfsig unbedeutend. Trotzdem folgte darauf ein totales Ausfallen der Haare.

Überdies haben wir hier ein ferneres Beispiel, dafs ein gesunder Mann in den besten Jahren kurz (zwei Wochen) nach der Aufnahme erkrankt.

*Fall LIV. — William S. wurde wegen eines schmerzhaften Geschwürs am linken Bein auf Saal VII aufgenommen. Das Leiden rührte von einer vor fünfzehn Jahren erlittenen Verletzung her. Dasselbe war nicht heilbar und sehr schmerzhaft, und es wurde deshalb am 18. September der Unterschenkel amputiert. Er erholte sich gut, und obgleich auf dem Stumpf eine kleine Fistel zurückgeblieben war, so stand er doch täglich auf und bereitete sich schon darauf vor, das Hospital zu verlassen, als er von dem Ausschlag befallen wurde. Derselbe fing nicht auf dem Stumpfe an, sondern „begann mit Juckreiz auf dem Rücken und den Hüften am 15. Oktober, obgleich damals nichts weiter zu sehen war. Am 16. kamen Papeln auf der Mitte des Rückens zum Vorschein und verbreiteten sich rapid per continuitatem über den ganzen Rücken und die Hüften aus". Bis zum 19. hatte der

Ausschlag den Hals, die Ober- und Vorderarme ergriffen. Am 22. fing scheinbares Abblassen an; nunmehr stellte sich Erbrechen ein, und der Appetit war total verschwunden. Das Erbrechen hielt mit Zwischenpausen die ganze Zeit an, und der Ausschlag nahm gröfsere Intensität an, breitete sich weiter aus und wurde universell. Derselbe war ein Papulo-Erythem, war mit erheblicher Anschwellung und Induration sowie mit starkem Brennen und Juckreiz und an einzelnen Stellen mit Bläschenbildungen verbunden. Gröfstenteils aber führte die Entzündung ohne letztere Erscheinung direkt zur Exfoliation der Kutis in gröfseren Fetzen. Die Schwellung im Gesicht war so intensiv, dafs die Augen verschlossen wurden, und letztere waren selbst heftig entzündet und sezernierten eine reizende Flüssigkeit. Das intensive Brennen machte den Schlaf unmöglich, und der Patient war aufserordentlich schwach und elend. Die Zunge war anfangs belegt, wurde dann rot und wund; das Erbrechen hielt an, aber es trat keine Diarrhoe ein. Um den 22. Krankheitstag fing der Patient an sich zu bessern, und, von einer geringen Exazerbation am Gesicht (den 8. November) abgesehen, ging die Heilung gut von statten; dieselbe befolgte den gleichen Gang, wie die Erkrankung an den betreffenden Teilen. Im ganzen dauerte sie ungefähr fünf Wochen. Gegen das Ende entstanden zahlreiche Furunkel, die Nägel wurden gerieft und lösten sich ab und die Haare des ganzen Körpers fielen aus. Während der ersten sechs Tage blieb die Temperatur normal, stieg dann allmählich vier Tage lang auf 38,1° und fiel dann allmählich sechs Tage lang bis auf die Norm. Nachher betrug sie durchschnittlich des Morgens 36,9° und abends 37,5°. Nur ein einziges Mal wurde eine geringe Wolke von Eiweifs konstatiert. Dies ist ein sehr typisches Beispiel von einem akuten Falle des Leidens und der einzige bei einem gesunden Manne im mittleren Lebensalter, welcher des Publizierens wert erschien. Hierbei war der zyklische Verlauf sehr deutlich ausgeprägt und die Ähnlichkeit mit einem spezifischen exanthemathischen Fieber war sehr prononziert, nur fehlte eine beträchtlichere Temperatursteigerung. Kulturen vom Blute des Kranken, am dreiundzwanzigsten Tage entnommen, ergaben den charakteristischen Diplococcus.

Fall M. LV. — William A., 68 Jahre alt, wurde wegen Erkrankung des Herz- und Gefäfssystems mit Attacken von Angina pectoris am 18. April 1890 auf Saal V aufgenommen. Die Anamese ergab weder vorangegangene Gicht noch Hautkrankheiten. Sein Allgemeinbefinden war leidlich, als er zuerst am 2. Juli von der Epidemie ergriffen wurde. Dieselbe fing zuerst an den Handtellern an, blieb einige Tage bestehen und verging dann wieder. Fünf Wochen später (den 8. August) Exazerbation, Ausbreitung auf die Arme und nach einigen Tagen Befallenwerden der Stirn und des übrigen ganzen Körpers. Der Ausschlag wird als ganz trocken beschrieben und bestand aus „sagokorn“-ähnlichen Papeln, welche mit Schüppchen besetzt waren. An den Beinen war derselbe purpura-artig. Den 25. August: „An mehreren Stellen am Rumpfe finden sich konzentrische Ringe. Im Zentrum sitzt eine flache Papel, aufserhalb hiervon eine weifse Zone und aufserhalb des Ganzen ein erhabener Ring von hyperämischer Haut, wie bei Erythema Iris“. Die Haut war aufser am Gesicht, den Ellbogen und Händen nicht erheblich induriert. Um den 15. September bildete sich die Affektion zurück nach einer Dauer von zehn und einer halben Woche mit Hinterlassung einer beträchtlichen Pigmentierung und einer rissigen, pergamentartigen Beschaffenheit der Haut an vielen Stellen, sowie von Drüsenschwellungen in den Achseln und den Leisten. Es hatte auch etwas Albuminurie bestanden, und bei einer Gelegenheit trat Erbrechen ein (den 28. August), aber sowohl die Hautverdickung als auch die konstitutionellen

Störungen waren geringer als bei vielen anderen Fällen. Die Temperatur war morgens normal und stieg abends auf etwa 37,3° aufser in der Zeit vom 27. August bis zum 4. September, als dieselbe einen intermittierenden Charakter zeigte, allmählich auf 40,0° stieg und einmal von Schüttelfrost begleitet war. Zu dieser Zeit waren am Rumpf die Ringe völlig entwickelt, das Gesicht war beträchtlich geschwollen, und es bestand intensive Conjunctivitis. Das Leiden war von der üblichen Anorexie und Asthenie begleitet und hatte den Verlust der Haare und der Nägel zur Folge, aber der Kranke erholte sich schliefslich sehr gut. Antiseptica hatten eine entschieden günstige Wirkung, sie waren aber offenbar nicht früh genug angewandt worden.

Mein eigener Fall bestand einfach in Trockenheit und Seborrhoe an den Ohren und der umgebenden Haut nebst erheblichem Juckreiz und Durst; Dauer acht bis zehn Tage. Beide Ohren wurden ungefähr zu gleicher Zeit befallen. Das Hauptsymptom war die Abschuppung an den genannten Teilen. Ich habe nie zuvor die geringste Hautaffektion gehabt.

Weibliche Fälle im New Infirmary.

Sämtliche Fälle bei den Frauen waren von geringer Intensität, und es war nur bei dreien ein letaler Ausgang als direkte Folge der Krankheit zu konstatieren gegenüber den achtzehn Männern, welche erlegen sind.

Fall F. I. — Sophia W., 81 Jahre alt, wurde wegen Erkrankung der Arterien und einer eigentümlichen, hemiataktischen Störung am 30. Juni 1890 auf Saal III, Bett 1, aufgenommen. Sie pflegte täglich aufzustehen, als am 20. Juni erhabene, erythematöse Flatschen, welche ohne Exsudatbildung schuppten, am rechten Ellbogen konstatiert wurden. Der Ausschlag blieb auf diese Stelle beschränkt und blafste allmählich ab, bis nur eine gewisse Rötung zurückblieb; aber am 9. Juli trat derselbe mit vermehrter Heftigkeit am Gesicht auf und stellte sich auch bald an den Armen (diesmal an beiden gleichzeitig) wieder ein. Bald wurde derselbe durch Ausbreitung von einer Stelle zur anderen von oben nach abwärts universell, wobei aber die Beine, welche zuletzt befallen wurden, nur in geringem Mafse beteiligt waren. Die Primärattake dauerte beinahe neun Wochen (vom 20. Juni bis 20. August). Der Ausschlag war durchweg trocken und desquamierend, von grofser Hinfälligkeit und Appetitlosigkeit begleitet, nebst Konjunktivitis, geringer Albuminurie, gelegentlichem Erbrechen, Diarrhoe, Ausfallen der Haare und geringer Steigerung der Temperatur (auf ungefähr 37,2°). Es folgte ein geringes Rezidiv. Die Kranke erholte sich aber niemals von ihrer Schwäche; Lungenkomplikationen traten hinzu, und sie starb am 4. Oktober. Bei der Autopsie fanden sich die Arterien erheblich degeneriert, aber es fand sich an keinem anderen Organ irgend ein pathologischer Prozefs als Todesursache.

Fall F. II. — Jane R., 45 Jahre alt, wurde wegen Rheumatismus subacutus auf Saal III, Bett 30, aufgenommen. Bei diesem Falle fing der Ausschlag auf dem Rücken an und war sehr unbedeutend, aber gleichzeitig litt die Kranke mehrere Wochen lang an Anorexie und Erbrechen, sowie nachher noch längere Zeit an beträchtlicher Schwäche, ohne dafs weder für die eine noch die andere dieser Erscheinungen eine andere Erklärung aufzufinden war als die Annahme, dafs dieselben mit der Epidemie in Zusammenhang standen.

Fall F. IV. — Eliza M., 66 Jahre alt, wurde wegen beginnender chronischer Brightscher Krankheit auf Saal III, Bett 11, am 27. April 1891 aufgenommen. Der Urin wurde normal, und sie hatte sich bis zum 25. Juni vollständig erholt, als der Ausschlag hinter den Ohren anfing. Von dort zog derselbe den Rücken herunter,

ergriff die Ellbogen und die Innenseite beider Knie, wurde aber nie ganz universell. Ähnlich wie bei mehreren der leichteren Fälle dauerte die Krankheit hierbei sehr lange — neun Wochen. Die Albuminurie kehrte während des Anfalls wieder, aber die Kranke erholte sich schliefslich gut.

*Fall F. XIII. — Mary L., 32 Jahre alt, wurde wegen multipler, alkoholischer, peripherer Neuritis am 10. Juni 1890 auf Saal III, Bett 14, aufgenommen. Etwa sechs bis acht Monate nach der Aufnahme hatte sie sich von diesem Leiden fast wieder erholt, aber sie hatte eine Phthise in chronischer Form acquiriert, infolge deren sie bettlägerig war. Inzwischen erschien der Ausschlag in Gestalt von erhabenen, flachen, isolierten Papeln auf dem Dorsum des rechten Fufses, an beiden inneren Malleolen, am Gesicht und allmählich auch anderswo, ohne aber jemals zu konfluieren oder universell zu werden. Indem die einzelnen Papeln sich vergröfserten, breiteten sie sich zu Ringen aus und entwickelten eine purpura-artige Beschaffenheit. Die Ringe bestanden aus einem erhöhten, hyperämischen Rande und einem eingeschlossenen, niedrigeren, schuppigen Gebiet, das kaum, wenn überhaupt, feucht war. Die Affektion hielt längere Zeit an — drei bis vier Monate — und nahm nicht einen so zyklischen Verlauf wie bei den anderen Fällen; es machte den Eindruck, als ob eine jede Papel einen besonderen, eigenen Verlauf nähme.

Alle vorkommenden konstitutionellen Störungen liefsen sich eben so gut auf die Lungenaffektion beziehen. Es ist dagegen nicht leicht, eine Erklärung für die Purpura bei einem so jungen Individuum zu geben, aber es dürfte zu erwähnen sein, dafs sie vor der Entstehung des Lungenleidens Hämorrhagien verschiedener Art, welche zur Zeit als Beispiele einer vikariierenden Menstruation angesehen wurden, dargeboten hatte. In der letzten Zeit wurde Schwefelsalbe auf die Stellen appliziert und schien sehr wirksam zu sein.

*Fall F. XXI. — Maria T., 68 Jahre alt, von Haus aus eine magere Frau, wurde wegen ekzematösen Ulcus cruris linkerseits am 29. Oktober 1890 auf Saal II aufgenommen. Die Patientin hatte früher schon Ekzem gehabt und auch vor sechs Jahren einen Anfall von „Erysipelas", der „Abscesse" und „Ausfallen der Haare" im Gefolge hatte. Das Ulcus brauchte beinahe ein Jahr zum Heilen und hinterliefs einen Flecken von chronischem Ekzem auf dem linken Unter- und Oberschenkel, welches bis zur Zeit der Epidemie anhielt, dann aber verschwand.

Am 6. August brach die epidemische Krankheit los in Gestalt eines scharf markierten, ovalen Ringes unter dem Kinn, im Zentrum vollständig klar, an den Rändern rot und erhaben, von der Gröfse etwa eines Thalers. Nachdem diese Läsion sich noch ein wenig weiter ausgebreitet hatte, blafste sie im Laufe einer Woche wieder ab. Dann brach der Ausschlag mit verdoppelter Heftigkeit auf der Stirn aus und griff rapid um sich. Dieses Mal hatte derselbe die Gestalt von diskreten Papeln. Der gesamte Körper wurde früher oder später ergriffen, aber die Arme und das Gesicht waren immer am meisten beteiligt, und es war hier auch die Verdickung sehr bedeutend und die Sekretion erheblich. Zu einer Zeit hatte das Gesicht einen um die Hälfte gröfseren Umfang als in der Norm. Die Primärattake dauerte sechs und eine halbe Woche, und es folgte darauf ein geringes Rezidiv. Die Temperatur schwankte zwischen 36,1° und 37,2°; einmal stieg dieselbe auf 37,8°, als die Anschwellung ihren Höhepunkt erreicht hatte. Die Appetitlosigkeit und Schwäche waren enorm, und es wurde eine Zeit lang an ihrem Aufkommen verzweifelt. Es trat auch etwas Albuminurie ein und nach dem Ausschlag folgte allgemeine Auszehrung, Alopecie und Leukodermie. Die erste Stelle unterm Kinn ist noch immer an einer

weifsen Verfärbung zu erkennen und kontrastiert auffällig mit der natürlichen Farbe der umgebenden Haut.

Fall F. XXVIII. — Emily O'G., 60 Jahre alt, wurde am 13. Mai 1891 mit einer Affektion der Aortenklappen auf Saal II, Bett 14, aufgenommen. Der Ausschlag erschien zum erstenmal am 10. August auf der Streckseite der rechten Hand in Gestalt von zwei flachen Papeln, welche sich zu erythematösen Ringen vergröfserten mit eingeschlossenem, eingezogenem Gebiet, das mit minimalen, dem unbewaffneten Auge kaum sichtbaren Bläschen bedeckt war. Die Affektion breitete sich geschwind weiter aus, aber die sofortige Anwendung einer halbprozentigen Kreolinlösung hemmte dieselbe in wirksamer Weise und bewirkte eine schnelle Heilung. Drei Wochen später kamen (diesmal symmetrische) Flecke an der Stirn, den Knien, den Fufsgelenken und auch anderswo zum Vorschein. Dieselben waren alle von isolierten Papeln umgeben, und anfangs schien es, als ob der Ausschlag trotz der Anwendung der Kreolinlösung den Sieg davon tragen würde; aber durch Ausdauer und eine geringe Steigerung der Konzentration dieser Lösung gelang es, die Krankheit zu heilen, ehe dieselbe universell wurde oder zu intensiveren konstitutionellen Störungen führte.

73 Fälle (32 Männer und 41 weibliche) traten in dem

Lazareth des Armenhauses

auf, aber es war nicht möglich, die betreffenden Krankengeschichten hinreichend genau aufzuzeichnen, um einen zusammenhängenden Bericht zu bilden.

II. Fälle des Marylebone Infirmary.[27]

(Dasselbe ist ungefähr eine englische Meile von Paddington entfernt im westlichen Stadtteil gelegen).

Herr J. R. Lunn hatte die Güte mich dieselben zu wiederholten Malen inspizieren zu lassen, und ich konnte konstatieren, dafs sie alle eine entschiedene Ähnlichkeit mit den meinigen darboten. Dieses Hospital ist erheblich gröfser als das Paddington Infirmary und hat laut Ausweis Platz für 776 Patienten gegenüber unseren 284. Im Herbste 1891 kamen 193 Fälle von Dermatitis vor, und zehn derselben verliefen tötlich — mithin eine Mortalität von 5%. Aufser den Insassen acquirierten auch mehrere der Ärzte, des Pflegepersonals, der Portiers eine gelinde Form des Leidens, aber bei diesen waren die konstitutionellen Störungen von sehr geringfügiger Art. Die Dauer des Leidens schien etwas kürzer als bei uns in Paddington zu sein, indem der Durchschnitt dort sechs Wochen betrug, doch hatten mehrere der Kranken Nachschübe oder jedenfalls Rezidive.

Einige der Komplikationen, welche sich einstellten, waren ziemlich ernster Art, so Meningitis, Gangrän der Füfse etc. Herr Lunn beobachtete, dafs durch das Einpinseln mit Kollodium, sobald ein Fleck zuerst zum Vorschein kam, das Fortschreiten des Leidens sistiert wurde. Dieser Umstand mag wohl als ein weiterer Beweis für die kontagiöse Natur des Leidens gelten, und die Thatsache, dafs mehrere der Angestellten, die sich zur Zeit bei der besten Gesundheit befanden, die Krankheit acquirierten, deutet gleichfalls ebendahin.

III. Fälle im St. Mary's Hospital.

Dieselben sind von Dr. Lees in einem Briefe im *Lancet*, 22. August 1891, erwähnt. Sowohl Dr. Lees als auch Dr. Stephen Mackenzie stimmten dahin überein, dafs das Leiden, welcher Art es nun sei, nichts mit Ekzem zu thun habe, wenn es auch eine entschiedene Ähnlichkeit bei oberflächlicher Betrachtung mit schweren Fällen jener Affektion darbietet.

---

[27] Vide die Diskussion in der Medical Society of London, *Lancet*, 5. Sept 1891.

Die Krankheit befiel vier Patienten, welche wegen irgend welcher anderer Affektionen aufgenommen worden waren.

Die Ablösung gröſserer Fetzen von Epidermis war sehr erheblich und „erinnerte an Skarlatina". Bei zwei Fällen war eine mäſsige Temperatursteigerung zu konstatieren. Bei einem Falle nahm das Leiden einen letalen Verlauf aber auſser der Hautaffektion wurde bei der Autopsie nichts Pathognomonisches ge funden. Es ist eine eigentümliche Sache, daſs das St. Mary's Hospital ungefähr eben so weit nach der einen Richtung von Paddington Infirmary entfernt ist, wie das, Marylebone Infirmary nach der anderen; an beiden Anstalten war die Epidemie von geringeren Dimensionen als in Paddington, welches somit das Zentrum der die Krankheit erregenden Momente gewesen zu sein scheint.

IV. Fall im Female Lock Hospital.

An dieser Anstalt kam ein deutlich ausgesprochener Fall vor. Das Institut grenzt an das Paddington Infirmary an und steht unter der Aufsicht von Herrn Ed. Milner.[28] Die Kranke, eine 44jährige Frau, hatte Nekrose und Verdickung des Schädels. Der Ausschlag erschien zuerst am 2. Oktoker auf der Brust in Form von schmutzig roten Flatschen mit erhabenen Rändern und breitete sich allmählich über den ganzen Körper aus; derselbe war von reichlicher Desquamation und intensiver Schwäche begleitet. Die Temperatur war während der ganzen Dauer des Leidens nur wenig erhöht (37,2°—37,8°). Etwa um den 3. November wurde bemerkt, daſs sie „sehr intensive Konvulsionen und beschleunigtes Atmen" zeigte; es traten heftige Diarrhoe und Delirium hinzu, und die Kranke starb in halbkomatösem Zustand am 14. November, sechs Wochen nach dem Anfang. Bei der Autopsie wurden beginnende amyloide Entartung konstatiert, was die intra vitam bestehende Albuminurie und Diarrhoe erklärte. Zur Zeit als die Unruhe und die frequente Respiration beobachtet wurden, befand sich die Kranke in anderer Beziehung in der Besserung; trotzdem endete der Fall letal.

V. Fälle im Hanwell Asylum. Weiberabteilung.

Herr Dr. Richards, der ärztliche Direktor, bemerkte in der Diskussion, welche in der Medical Society am 30. November 1891[29] stattfand, daſs er einige Fälle dieses Leidens unter den Kranken der Weiberabteilung beobachtet habe. Er sagte, er möge vielleicht einige Fälle übersehen haben, ehe seine Aufmerksamkeit durch die Korrespondenz in den Journalen[30] auf den Gegenstand hingelenkt worden war. Er habe aber immerhin etwa achtunddreiſsig Fälle sammeln können, welche im Herbste des Jahres 1891 unter 1140 Insassen aufgetreten waren, was einem Prozentsatz von drei vom Hundert entspräche. Nach Jahrzehnten eingeteilt, ergaben dieselben fünf Fälle zwischen 30 und 40, sechs zwischen 40 und 50, zwölf zwischen 50 und 60, acht zwischen 60 und 70 und sieben zwischen 70 und 80 Jahren.

Die meisten Fälle traten im September und Oktober auf, und nach der zweiten Hälfte des letzteren Monats traten keine neuen Fälle hervor. Meistenteils entsprang der Ausschlag in Gestalt eines papulösen Exanthems am Gesicht und führte dann zur Entwickelung von Bläschen nebst Verdickung der Kutis und schlieſslich zu intensiver Desquamation wie bei Pityriasis rubra. Auch andere Teile waren manchmal zuerst befallen, so namentlich der Rücken und die Lenden, wo der Ausschlag fast ebenso häufig wie im Gesicht seinen Anfang nahm. Die Fälle scheinen zwar etwas

[28] Die Notizen über diesen Fall verdanke ich Herrn P. J. Kingston, dem Senior House Surgeon.

[29] *Lancet.* 5. Dezember, 1891.

[30] *Ibid.* 5. August, 1891.

weniger intensiv als diejenigen in Paddington gewesen zu sein, waren aber im übrigen vollständig analog. Keiner derselben endigte tötlich, noch auch hatte das Leiden die Entwickelung von Furunkeln, Pigmentablagerung oder Ausfallen der Nägel im Gefolge. Die Behandlung schien keinen Einfluſs auf den Verlauf der Krankheit auszuüben.

Dr. Richards stellte eingehende Untersuchungen in Bezug auf die Ätiologie an, doch war er nicht imstande, irgend ein Nahrungsmittel als Ursache zu bezichtigen, noch auch konnte die Seife oder das Wasser, welch' letzteres aus einem artesischen Brunnen gewonnen wurde, beschuldigt werden. Was die Pathologie betrifft, so glaubte er, daſs das Nervensystem eine wichtige Rolle dabei spielte, und er dachte sich auch, daſs das Leiden in gewisser Weise mit Influenza[31] in Beziehung stehe, obgleich zur Zeit keine anderen Symptome der Influenza bei seinen Patienten zu konstatieren waren, auſser vielleicht bei ganz einzelnen Fällen, wo die Kranken über Schmerzen im Rücken und den Extremitäten schon vor dem Ausbruch des Exanthems klagten.

Dem Auftreten der Hautkrankheit zu Hanwell folgte eine Diarrhoe-Epidemie ohne nachweisbare Ursache.

Im Herbste des letzten Jahres, 1890, war eine einigermaſsen ähnliche Epidemie eines ekzematösen Leidens unter den Patienten in Hanwell ausgebrochen und zur selben Zeit grassierte dort die Influenza.

VI. Fälle im Lambeth Infirmary.

(Dasselbe ist im südöstlichen Gebiete von London gelegen.)

Ich verdanke es der Güte von Dr. Lloyd, dem ärztlichen Direktor der Anstalt, daſs ich diese Fälle sehen durfte und die folgenden kurzen Notizen, die ich während meines Besuches aufnahm, publizieren darf. Es wurde mir mitgeteilt, daſs im ganzen etwa fünfundzwanzig Fälle im Herbste 1891 und einige wenige ähnliche Erkrankungen im Herbste 1890 vorgekommen seien. Mehrere der Kranken machten sehr heftige Attaken durch, aber einen tötlichen Verlauf nahm das Leiden nur bei einem einzigen.

Fall I. — John L., 65 Jahre alt, mit chronischem Rheumatismus behaftet. Er hatte den Ausschlag zum ersten Male im Herbst des vorigen Jahres gehabt und war wieder gesund geworden; jetzt war der Ausschlag vor etwa acht Wochen wiedergekehrt und hatte zuerst die Hände, allmählich aber den ganzen Körper ergriffen. Die Haut war sehr rot gewesen, und schlieſslich hatten sich groſse Fetzen abgelöst; — ganze Abgüsse der Finger. Zur Zeit meines Besuches war die Haut des ganzen Körpers intensiv und gleichmäſsig pigmentiert.

Fall II. — Ein Mann Namens S., 56 Jahre alt, hatte den Ausschlag am ganzen Körper gehabt. Die Haut war „lebhaft scharlachrot“ gewesen, und er hatte am ganzen Körper abgeschilfert. Bei diesem Patienten waren die konstitutionellen Erscheinungen ziemlich heftig gewesen, und bei einer Gelegenheit war die Temperatur auf 40° gestiegen; trotzdem erklärte er sich nach Verlauf von drei Wochen für hinreichend genesen und nahm seine Entlassung.

Fall III. — John H., 80 Jahre alt, war ursprünglich wegen Granulome der Augenlider aufgenommen worden. Der Ausschlag war zuerst im Mai an den Händen und Armen hervorgetreten und hatte sich von dort auf die ganze Körperoberfläche ausgebreitet. Das Jucken war sehr intensiv gewesen. Zuerst erschien der Ausschlag in Form von roten Papeln und flachen Flatschen, blaſste manchmal ab und wurde

[31] Auf diese Frage ist bereits eingegangen worden, *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. XIV. pag. 114.

manchmal konfluent. Zur Zeit meines Besuchs fand sich erhebliche Pigmentierung, die stellenweise im Verschwinden begriffen war, aber dennoch immerhin das Krankheitsgebiet deutlich kennzeichnete.

Fall IV. — James B., 61 Jahre alt, war zwölf Monate zuvor wegen Gicht im Krankenhause aufgenommen worden. Er hatte Gichtknoten an den Ohren. Im vorigen Jahr war er von der gleichen Hautkrankheit befallen gewesen. Der Ausschlag erschien zuerst an der Beugeseite der Ellenbogen, und der ganze Körper hatte allmählich eine intensiv karmoisinrote Farbe angenommen und zeigte eine hochgradige Schwellung und Induration. Die Epidermis hatte sich in diesem Falle mehr in minimalen Schüppchen als in gröfseren Fetzen abgelöst. Bei den Berichten über die Einzelheiten dieses Falles liefs die Pflegerin die bedeutsame Äufserung fallen: „Wir haben so viele Fälle dieser eigentümlichen Hautkrankheit gehabt, dafs mir Verwechselungen sehr leicht passieren können, so dafs ich den einen Fall nicht vom anderen unterscheiden kann.“

Fall V. — Ein Mann Namens K., 63 Jahre alt. Er hatte früher zeitweilig an Gicht gelitten und wurde diesmal wegen Lungenleidens im Hospital aufgenommen. Er hatte nie vorher diesen Ausschlag gehabt. Derselbe hatte vier oder fünf Wochen zuvor an den Ohren angefangen, sowie gleichzeitig auf dem Fufsrücken rechts und an den Ellenbogen und hatte sich dann über den ganzen Körper ausgebreitet.

Fall VI. — Ein Mann Namens O., 50 Jahre alt, schien mir ein Beispiel abzugeben für das Hinzutreten des epidemischen Hautleidens zu einer chronischen Rupia. Es bestanden nämlich zur Zeit meines Besuches zwei sattsam unterscheidbare Formen von Ausschlag auf seinem Körper. 1. Oberflächliche Rupiaflecke an den Beinen und Armen, woran er ab und zu bereits seit vier oder fünf Jahren gelitten hatte. 2. Eine allgemeine, karmoisinrote Hautverdickung mit kontinuierlicher Ablösung der Epidermis in kleienartigen Fetzen. Dieses hatte auf der Brust angefangen und hatte sich allmählich auf den ganzen Körper ausgedehnt. In letzter Zeit war in Bezug auf beide Affektionen eine Besserung eingetreten.

Fall VII. — Nathaniel V., 50 Jahre alt, war wegen des Hautleidens aufgenommen worden. Er hatte vor vier Jahren die nämliche Krankheit gehabt, die sich damals rapide über den ganzen Körper ausgebreitet hatte. Zur Zeit meines Besuches war die ganze Haut karmoisinrot und etwas verdickt. Der Kopf, namentlich die behaarte Kopfhaut war mit Borken und Schuppen bedeckt, und die Arme und Beine waren mit feinen, kleienförmigen Schüppchen besetzt, eine Folge der in fortwährender Entwickelung befindlichen Desquamation. Bei diesem Falle waren wenige oder gar keine konstitutionellen Störungen zu konstatieren gewesen.

Fälle VIII und IX. Es ist mir auch über zwei weitere Fälle berichtet worden, von denen der eine mit dem vorhergehenden genau übereinstimmte, während der andere (70 Jahre alt) am ganzen Körper mit einem karmoisinroten Ausschlag überzogen gewesen sein soll; die Haut hatte sich in grofser Ausdehnung abgelöst, und er starb nach einer Krankheitsdauer von wenigen Wochen. Er hatte nie zuvor ein derartiges Leiden gehabt.

Wie man sieht, war bei diesen Fällen ebenso wie bei vielen von meinen eigenen die gesamte Körperoberfläche ergriffen; es handelte sich offenbar um ein universelles Exanthem, und die meisten der Patienten waren ebenfalls wie bei meinen Fällen wegen irgend einer anderen Affektion im Hospital und hatten offenbar während ihres Aufenthalts daselbst die Hautkrankheit acquiriert. Drei von ihnen unterschieden sich indessen von meinen Fällen durch ein sehr wichtiges Moment, nämlich dadurch, dafs sie eine ähnliche Krankheit schon etliche Jahre zuvor gehabt hatten. Einer von ihnen hatte dieselbe vor vier Jahren und zwei von ihnen im

vorigen Jahre gehabt. Bis auf einen boten sämtliche Fälle konstitutionelle Störungen dar, namentlich Hinfälligkeit und Anorexie; bei einem Kranken folgte eine Anzahl Furunkel auf die Affektion. Bei zweien ferner entwickelte sich eine ausgesprochene Pigmentablagerung.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Versammlungen.

Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

Sitzung vom 1. April 1892.

Vorsitzender: Prof. SHERWELL. Schriftführer: Dr. HOLSTEN.

(Originalbericht von Dr. HOLSTEN in Brooklyn.)

1. Dr. WINFIELD stellte einen Fall mit folgender Anamnese zur Diagnose vor: J. W., 5 Jahre alt, ohne hereditäre Belastung, kam zuerst im November zur Beobachtung mit folgenden Läsionen: Purpurrote, spinnenförmige Knötchen vorm rechten Ohr, auf der Mitte der rechten Wange und auf dem oberen und unteren Augenlide der rechten Seite. Auf der Stirn fand sich zwischen den Augenbrauen ein kreisrunder Flecken, welcher grofse Ähnlichkeit mit **Lupus erythematosus** darbot. Die Drüsen am Unterkiefer, an der Parotisgegend, am Nacken, sowie die Sublingualdrüsen waren auch erheblich vergröfsert. Bei tonisierender Behandlung sind sie kleiner geworden.

Die Herren MORTON und HOLSTEN hielten die Läsionen auf der Wange und den Augenlidern für keloider Art.

Dr. SHERWELL hielt die Stirnaffektion für Lupus.

2. Dr. SHERWELL stellte einen Fall von **Dermatitis herpetiformis** bei einem elf Monate alten Kinde männlichen Geschlechtes vor. Der Fall kam zuerst am 14. März mit einem erythemato-vesico-bullösen Ausschlag zur Beobachtung. Derselbe war am Rumpfe nur spärlich entwickelt, reichlicher dagegen auf den Extremitäten, namentlich an den Beinen. Dieser Ausschlag war seit dem dritten Lebensmonat stets mehr oder weniger reichlich vertreten gewesen. Es bestand dabei ein intensiver Juckreiz. Die Diagnose wurde auf Dermatitis herpetiformis gestellt, und es wurde ein Waschwasser zur Linderung des Juckreizes verschrieben nebst kleinen Gaben Hydrargyrum cum creta. Das Kind machte in jeder Hinsicht sonst einen gesunden Eindruck und war gut genährt. Am 31. März wurde zum ersten Male konstatiert, dafs das Kind eine ausgesprochene Phimose und ein adhärentes Präputium hatte, und auf Befragen ergab sich, dafs es beim Urinieren entschieden Beschwerden hatte, woraus auf eine wahrscheinlich reflektorische Entstehungsweise des Hautleidens gefolgert werden konnte. Aus diesem Grunde sei eine Operation in Aussicht genommen, und es soll bei Gelegenheit einer späteren Sitzung über den Erfolg Bericht erstattet werden.

3. Dr. MORTON stellte eine Frau mit grofsen syphilitischen **Rupiaflecken** vom „Austernschalentypus“ an beiden Ellbogen, sowie zahlreichen Narben, die von früheren Geschwüren an den Armen herrührten, vor.

4. Dr. HOLSTEN stellte einen Mann mit einer **Initialsklerose** an der Spitze des kleinen Fingers der linken Hand vor. Die Affektion war mehr als einen Monat alt,

und Patient zeigte aufserdem einen makulösen, papulösen und pustulösen Ausschlag am ganzen Körper.

5. Dr. Holsten zeigte einen Fall mit dicken, warzenartigen Flecken, welche den rechten Handteller ganz bedeckten und auch die Zehen, sowie die mediale und laterale Seite der Hacke des rechten Fufses ergriffen hatten. Patientin, eine syphilitische Frau, hatte die Läsionen schon über zwei Jahre gehabt. Es fand sich auch eine gewisse, syphilitische Infiltration um das Handgelenk, sowie Geschwüre am Fufse und Sprunggelenk. Die warzigen Gebilde wurden nicht als wesentlich syphilitisch erachtet, sondern als Hypertrophien, welche auf einer syphilitischen und hyperämischen Basis sich entwickelt hatten.

Sitzung vom 6. Mai 1892.

Vorsitzender: Prof. Sherwell. Schriftführer: Dr. Holsten.

1. Dr. Holsten stellte eine Frau mit einer seit 4 Wochen bestehenden **Pityriasis maculata et circinata** an den Ober- und Unterschenkeln, sowie einem blasseren, abnehmenden Ausschlag an beiden Vorderarmen vor. Der Rumpf war frei.

2. Dr. Winfield stellte einen Mann mit Gonorrhoe vor, der seit 4 Tagen eine Kopaivamixtur auf Verordnung irgend eines Apothekers genommen hatte; Menge des Mittels unbekannt. Der gesamte Körper war mit einem **Kopaivaausschlag** besetzt, der drei Tage zuvor bereits begonnen hatte. Gestern war die Affektion intensiver als heute und hatte mehr ein urticariaartiges Aussehen, wobei das Gesicht geschwollen war und die Augen zum Teil verschlossen waren.

3. Dr. Sherwell stellte einen Mann vor mit **Psoriasisflecken** an beiden Ellbogen und Knien nebst Flecken von **Eczema seborrhoicum** auf der Brust, zwischen den Schulterblättern, am Gesicht und auf der Kopfhaut, sowie einem universellen Ausschlag von roseolaartiger Beschaffenheit. Es fanden sich auch flache Condylomata um den Anus herum. Entzündung im Rachen. Die Anamnese ergab nichts von Syphilis. Ein Primärsyphilid war nicht gefunden worden, und der Kranke leugnete, seit mehr als 7 Wochen geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben. Lymphdrüsen waren vor 10 Tagen nicht affiziert gewesen, aber es findet sich jetzt in den Leisten einige Schwellung. Dr. Sherwell erachtete die Roseola für syphilitisch.

4. Dr. Morton zeigte einen Mann, der im verflossenen Jahre zwei Attaken von Pneumonie durchmachte, während derer heifse Breiumschläge ihm auf die Brust appliziert worden waren; diese Behandlung war bei der ersten Gelegenheit 12 und bei der zweiten 13 Tage lang fortgesetzt worden. Die ganze Brust war mit Papeln in der Umgebung der Mündungen der Talgdrüsen besetzt; von diesen hatten einige ihre normale Farbe, während andere entzündet waren, viele auch Sebumpfröpfe enthielten, und andere vereiterten. Er hatte zuerst an Acne cachecticorum gedacht, aber bei weiterer Beobachtung hatte er sich überzeugt, dafs es sich hier nur um einen Fall von **exzessiven Milia und Komedonen mit Akne** handelte. Er glaubte kaum, dafs die Umschläge für einen Faktor bei der Erzeugung der Störung gelten konnten, da dieselben vor beinahe einem Jahre gebraucht worden waren, und die vorliegende Affektion erst seit 3 Monaten bestanden hatte. Der Patient hatte auch eine Ablagerung in der rechten Lungenspitze, und es entstehe hier die Frage, ob wohl irgend ein Zusammenhang zwischen der Tuberkulose und den Komedonen bestehen möge oder nicht. Er habe Patienten mit Tuberkulose gesehen, bei denen sich zahlreiche Aknepapeln auf dem Rücken und der Brust fanden, und seine klinischen Erfahrungen hätten ihm den Gedanken angeregt, ob die Akne wohl in irgend einer Beziehung zu den begleitenden Erscheinungen der Abmagerung, des Schwitzens etc. stehe.

5. Dr. Sherwell teilte mit, dafs bei dem in der letzten Sitzung vorgestellten

Fall von **Dermatitis herpetiformis** am 8. April die Circumcision ausgeführt worden sei, wobei eine ausgedehnte und fast vollständige Verwachsung des Praeputium mit der Glans sich gefunden habe. Der Fall besserte sich stetig und schnell, so dafs das Kind am 21. fast geheilt war, und kein Juckreiz zurückblieb. Die vorherige Behandlung war in keinerlei Beziehung geändert worden.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. März 1892.

(*Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 276.)

BESNIER erklärt auf eine Anfrage BARBES, dafs er von den **verlängerten Bädern beim Pemphigus foliaceus** so gut wie keinen Nutzen gesehen hat. — LAILLER hat dieselben nur beim **Lichen chronicus** mit Erfolg angewandt. Einer seiner Patienten erlag einer Pneumonie. Es sei schwierig, die Dauerbäder für längere Zeit gleichmäfsig warm zu erhalten, auch liefsen sich die Kranken schwer bewegen, länger als 5—6 Tage darin zu bleiben.

E. BESNIER stellt einen 74jährigen Maurer mit **Rotz** vor. Die Neubildung sitzt schmetterlingsartig auf Nase und Gesicht und bereitete im Anfang, wo sich nur auf einem weinroten Untergrunde einzelne Pusteln zeigten, diagnostische Schwierigkeiten. Später zeigten sich spezifische Veränderungen; jedoch auch da war BESNIER seiner Sache noch nicht ganz sicher, da der Patient eine Berührung mit Pferden entschieden in Abrede stellte, bis durch die von SABOURAUD ausgeführte bakteriologische Untersuchung jeder Zweifel beseitigt wurde.

E. BESNIER stellt **zwei Fälle von Mycosis fungoides** vor. Dieselben sind ausführlich veröffentlicht in *Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 241. In dem einen Fall handelte es sich um eine 59jährige Frau, bei der die Krankheit jetzt im 4. Jahre besteht; die mykosischen Tumoren traten von Anfang an auf, sie sind molluskoid, epitheloid, tuberkulös und fliefsen im Gesicht und auf dem Gesäfs mit lichenoiden Plaques zusammen; aufserdem findet man nur noch Warzen und Vegetationen, die sich offenbar aus ursprünglich ekzematiformen Plaques entwickelt haben; eine weitere Abnormität der Haut ist nicht vorhanden, vor allem keine Erythrodermie, auch keine Drüsenschwellung. Die Tumoren verschwinden im Sommer fast gänzlich, um im Winter wiederzukehren. Das Allgemeinbefinden ist gut, der Verlauf ein langsamer, das Jucken mäfsig. — Ganz anders ist der Verlauf beim zweiten, 43jährigen Patienten, der sich jetzt im 5. Jahr seiner Krankheit befindet. Bei ihm hatte das Stadium praemycosicum eine Dauer von 4—5 Jahren, während welcher Zeit die wahre Natur des Leidens nicht erkannt wurde. VIDAL, auf dessen Abteilung der mit juckenden Papeln und Plaques behaftete Kranke damals lag, stellte die Diagnose auf Lichen ruber und Lichen planus. Erst in den letzten Monaten kam es sehr schnell zur Entwickelung der verschiedenartigsten Tumoren, die man in allen Stufen von kaum zerfallenen molluskoiden Knötchen bis zu grofsen fungösen Geschwüren antrifft, und dazu hat sich eine Erythro-Lympho-Dermatitis mit Verdickung der Haut gesellt, so dafs die Krankheit jetzt den höchsten Grad der Polymorphie erreicht hat, da neben den genannten Veränderungen noch überall ein stark nässender, ekzemartiger Ausschlag besteht und stellenweise, unter ekzematoiden oder impetiginoiden Krusten versteckt, Warzen und Vegetationen sich finden. Wollte man diese schwerkranke Haut sich selbst überlassen, so würde sie nach zwei Tagen von scheufslich stinkenden, grünlich-schwarzen Krusten gänzlich bedeckt sein. — BESNIER zieht aus diesen und ähnlichen Fällen den Schlufs, dafs man bei jeder pruriginösen Dermatose zweifelhafter Natur, die sich lange hinzieht und sich der Behandlung unzugänglich erweist, an die

Möglichkeit denken müsse, dafs man sich dem Stadium praemycosicum einer Mycosis fungoides gegenüber befinden könne. — Auf eine Anfrage LAILLERS erklärt BESNIER, dafs die Therapie ziemlich machtlos gegen dieses Leiden sei. Nicht alle Fälle liefsen sich gleich behandeln; manchmal habe ihm Naphthol-Camphor gute Dienste gethan. QUINQUAUD empfiehlt Einspritzungen von Aristol; BROCQ 10%ige Pyrogallol-Salbe.

HALLOPEAU berichtet über einen Fall von Mycosis fungoides mit etwas anders artigem Verlauf.

FOUR-RAYMOND hat einen schriftlichen Bericht eingesandt über einen Fall von **Pediculi pubis** im Augenlid eines 1½jährigen Kindes. Aufser Jucken hatte der Parasit keine Störung verursacht. Heilung mit roter Präzipitatsalbe.

HALLOPEAU bespricht einen Fall von **Lichen scrophulosorum** bei einem stark skrophulösen kleinen Mädchen und weist an der Hand des Befundes und auf Grund der neuerlichen Veröffentlichungen von SACK, NEUMANN, JACOBI u. s. w. die tuberkulöse Natur dieses Leidens nach. Der Lichen scrophulosorum ist, nach dem Ausspruch von BESNIER, eine infektiöse Entzündung der Haarfollikel.

ED. EHLERS zeigt eine **Pinzette**, die er zur besseren Handhabung bei der Epilation mit einem grofsen und hohlen Handgriff beweglich verbunden hat.

D. BATAILLE stellt einen **Herpes papulosus der Vulva** bei einem 18jährigen Mädchen vor, der vollkommen wie Syphilome aussah. Er war plötzlich, unter allgemeinem Unbehagen, entstanden, verursachte heftiges Brennen, dabei bestand übelriechender Ausflufs aus der Vagina. — FOURNIER weist auf die forensische Bedeutung solcher Fälle hin, die sich durch nichts von Syphilis unterscheiden liefsen. Er hat derartige Schleimhauterkrankungen, die im Gefolge einer grofsen Reihe von Hautkrankheiten auftreten können, seit langem studiert und bezeichnet sie als Fausses plaques muqueuses. — BARTHÉLEMY erwähnt eines ähnlichen Falles, den er vor Jahren behandelt hat.

FOURNIER stellt einen Mann mit **Ulcera cruris** vor, die die ganze Länge und den ganzen Umfang beider Beine einnehmen, seit 14 Monaten bestehen und teilweise schon vernarbt sind. Da jede andere Ursache auszuschliefsen ist, so führt FOURNIER ihr Zustandekommen auf einen Typhus zurück, der den Kranken drei Monate ans Bett gefesselt hatte.

HALLOPEAU und JEAN BARRIÉ bringen einen Fall, bei dem die Diagnose zwischen **Herpes febrilis und Zoster duplex** schwankt. Unter heftigen Kopfschmerzen, Frost und Fieber hatte sich bei dem Patienten auf der rechten Gesichtshälfte, im Gebiete der drei Zweige des Trigeminus ein Bläschenausschlag gebildet. Links safsen nur einige Bläschen in der Wangengegend. Die Vortragenden neigen zur Ansicht, einen Herpes febrilis vor sich zu haben, und bezweifeln, dafs es sich in allen bisher veröffentlichten Fällen von Herpes zoster wirklich um einen solchen handle. Ihnen schliefst sich THIBIERGE an, der darauf hinweist, dafs erst das Zurückbleiben von Narben mit Hautanästhesie für Herpes zoster sprechen würde.

DJÉLALEDDIN MOUKHTAR berichtet über einen Fall von **Hystero-Syphilis**. Bei einem 27jährigen Manne kam es im sekundären Stadium der Syphilis zu hysterischer Anästhesie fast des ganzen Körpers und zu doppelseitiger Einschränkung des Gesichtsfeldes.

GEORGES THIBIERGE stellt einen Mann mit **hysterischem blauen Ödem** vor. Die rechte Hand desselben ist bis zum Äufsersten ödematös geschwollen, die Finger sehen wie Blutwürste aus; die ganze Hand fühlt sich kälter an und hat eine rote bis bläuliche Färbung. Gleichzeitig besteht eine leichte Kontraktur der Beugemuskeln der Hand. Aufserdem finden sich bei diesem Patienten noch einige weitere Zeichen der Hysterie: rechtsseitige Hemianästhesie mit völliger Anästhesie der Hand und des

Vorderarms, des Gaumensegels und des Rachens; Herabsetzung der Hör- und Sehschärfe nebst weitern Sehstörungen rechts. Die Sensibilität beider Hoden ist fast völlig geschwunden und der Kremasteren-Reflex rechts nahezu ganz erloschen.

Djélaleddin Moukhtar stellt eine Frau mit **Trichophytiasis plantae pedis** vor, die seit 6 Jahren besteht und mehrfach, auch im Hôpital Saint-Louis, für Syphilis gehalten und dementsprechend behandelt wurde. An die Vorstellung knüpft er eine eingehende Besprechung der Differential-Diagnose. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

Zur Prostitutionsfrage, von A. Blaschko. (Vortrag, gehalten in der Berliner medizinischen Gesellschaft. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, No. 18.) Die Ansichten des Vortragenden sind am klarsten aus den von ihm aufgestellten Thesen zu ersehen, die wir im folgenden wörtlich wiedergeben.

1. Zwangsweise Kasernierung der Prostitution ist vom hygyeinischen Standpunkte aus zu verwerfen; fakultative Bordelle sind für die Syphilisprophylaxe belanglos.

2. Die sittenpolizeiliche Überwachung der Prostitution ist in eine rein sanitätspolizeiliche umzuwandeln.

3. Diese Überwachung kann sich nur auf die wirklich gewerbsmäſsig betriebene Prostitution beschränken. Die Angaben über Ausbreitung und Gefährlichkeit der sogenannten geheimen Prostitution sind übertrieben.

4. Die Untersuchungen der Prostituierten sind mindestens zweimal wöchentlich auszuführen; für jede Untersuchung muſs ein Zeitraum von mindestens 3 Minuten gewährt sein.

5. Die Untersuchungen sind in Krankenhäuser zu verlegen; in den Polizeigebäuden hat nur die Untersuchung der Sistierten stattzufinden.

6. Mit der Untersuchung ist eine unentgeltliche ambulante Behandlung zu verbinden für die Fälle, welche einer Hospitalbehandlung nicht bedürfen, insbesondere die Nachbehandlung der aus den Krankenhäusern Entlassenen.

7. Es ist für eine ausreichende Hospitalbehandlung der venerischen Prostituierten Sorge zu tragen.

8. Die sanitäre Überwachung der Prostitution ist allein nicht im stande, die venerischen Krankheiten wirksam zu bekämpfen, mit derselben ist zu verbinden: a) der Fortfall aller gesetzlichen und auſsergesetzlichen Beschränkungen zu Ungunsten der Geschlechtskranken — wie sie z. B. in dem Krankenkassengesetz der Gesindeordnung, der Seemannsordnung, in den Statuten der Privatkrankenkassen etc. zur Zeit noch bestehen; b) die Gleichstellung der venerisch Kranken mit allen übrigen Kranken bezüglich der Aufnahme, Verpflegung und Behandlung in den Hospitälern — Fortfall aller nicht durch sanitäre Rücksichten gebotenen Beschränkungen; c) Vermehrung der für Geschlechtskranke bestimmten Bettenzahl, sowie Schaffung von öffentlichen Ambulatorien in Verbindung mit den Krankenhäusern und unentgeltliche Behandlung und Arzeneiabgabe für Venerische; d) Aufklärung namentlich der heranwachsenden Bevölkerung über Natur, Gefahren und Verbreitungsweise der Geschlechtskrankheiten am besten im Anschluſs an bestehende Institutionen wie Krankenkassen, militärische Instruktionen etc. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Ursachen der pathologischen Gewebsneubildungen, von E. Ziegler. (*Virchow-Festschrift*, Bd. II.) Der Verfasser kommt nach seinen Untersuchungen zu der Ansicht, daſs die Gewebsneubildung auſser in einer physikalischen Verminderung des Wachstumswiderstandes hauptsächlich in einer Änderung der chemischen Beschaffenheit der Gewebsflüssigkeit ihre Ursachen hat, welche fördernd auf die formative Thätigkeit der Zellen einwirkt. Ganz sichere Beweise sind hierfür noch nicht erbracht, doch machen viele Beobachtungen eine solche Wirkung wahrscheinlich. Häufig werden regenerative Prozesse von Vorgängen begleitet, die den Charakter der kompensatorischen Hypertrophie tragen. Die Ätiologie der Geschwülste ist noch gröſstenteils unbekannt, viele entstehen aus angeborener Anlage, viele aber stellen eine erworbene Bildung dar, und für sie passen die obigen Ausführungen.

F. Hahn-Bremen.

Über die Parasiten des roten Blutkörperchens, von Celli und Marchiafava. (*Virchow-Festschrift*, Bd. III.) Die Verfasser haben die Ergebnisse über den endozellulären Parasitismus des roten Blutkörperchens zusammengefaſst. Es kommen zwischen den Parasiten bei Mensch und Tier Analogien und Differenzen vor. Die Form steht in Bezug zur Bewegung und zur Form und Struktur des roten Blutkörperchens. Ihre Struktur angehend, haben sie ein konsistentes Ektoplasma und ein mehr flüssiges Entoplasma mit Kern; diese Struktur kann beim Menschen und bei Vögeln durch Färbungen zur Anschauung gebracht werden. Sie ernähren sich auf Kosten des Hämoglobins, welches sie in Melanin umsetzen. Bei jeder Tierklasse sind verschiedene Typen der Entwickelungsschnelligkeit vorhanden, beim Menschen 1. im Verlauf eines Tages bei den perniciösen Fiebern, 2. in zwei Tagen bei der Tertiana, 3. in drei Tagen bei der Quartana. Die Reproduktion erfolgt durch Gymnosporen; Kulturen sind nicht gelungen. Viele Parasiten führen ein freies Leben im Plasma; beim Menschen degenerieren sie jedoch bald, ausgenommen ihre Sporen. Der Mechanismus ihrer Wirkung auf den Organismus ist verschieden und schwer zu erklären, wahrscheinlich erzeugen sie Toxine. Impfung gelingt nur von Individuum zu Individuum derselben Gattung. Das Chinin hindert die Parasiten nicht in ihrer Entwickelung, paralysiert aber ihre Bewegung; der folgende Anfall bleibt aus. Versuche, künstliche Immunität zu erzeugen, sind nicht gelungen, doch giebt es natürliche Immunität.

F. Hahn-Bremen.

Die Sauerstoffverbindungen des Arsens unter dem Einfluſs des Protoplasma, von Hugo Schulz. (*Dtsch. med. Wochenschr.*, 1892, No. 20.) Einer gegenteiligen Bemerkung in Husemanns Handbuch der Arzneimittellehre gegenüber erinnert Sch. an vor Jahren von ihm und Binz publizierte Versuche, durch welche bewiesen wurde, daſs unter Einwirkung des lebenden Protoplasmas eine Oxydation der arsenartigen Säure und ihrer Salze zu Arsensäure beziehungsweise arsensauren Salzen erfolgt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein weiterer Beitrag zur Immunitätsfrage, von E. Klein. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde*, 1892, No. 19.) Wenn man annimmt, daſs sich der Vorgang der Phagozytose an der Inokulationsstelle des Giftes abspielt, so sucht Verfasser diese Ansicht zu widerlegen. Er injiziert Fröschen Aufschwemmungen von Anthrax, Bacillus prodigiosus und Staphylococcus in den Rückenlymphsack und konstatiert die Zahl der aus dem Herz- und Milzblute der nach verschieden langen Zeiträumen getöteten Tiere hervorgehenden Kulturen. Es zeigt sich, daſs die Microbien rasch in den Blutstrom übergehen und nicht nur an der Inokulationsstelle abgetötet werden. Diese Abtötung, nachweisbar durch die Abnahme der Zahl der Kulturen, erfolgt im

Blutstrom bei Anthrax sehr schnell und wahrscheinlich nicht durch Phagozytose. Bacillus prodigiosus und Staphylococcus aureus widerstehen abtötenden Einflüssen länger. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Europhen als Verbandsmittel, von O. PETERSEN. (*St. Petersburger med. Wochenschr.*, 1892, No. 14.) Nach einer Kritik der früheren Publikationen über das Europhen von EICHHOF, SIEBEL, LÖWENSTEIN, PETERSEN, NOLDA giebt der Verfasser seine eigenen Erfahrungen mit einer gewissen Vorsicht wieder und kommt zu dem Schlusse, dafs in der kleinen Chirurgie und beim weichen Schanker das Europhen das Jodoform zu ersetzen vermag. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Dermatol in der dermatologischen Praxis, von H. ISAAC. (*Dtsch. med. Wochenschr.*, No. 25.) Das Dermatol wird in allen den Fällen, wo es oberflächlich und austrocknend wirken kann, von günstiger Wirkung sein, deshalb hat es J. bei allen akuten, durch äufsere Reizung entstandenen Prozessen angewandt. Hierher gehören die verschiedenen Formen von Intertrigo; (Intertrigo der Kinder, Intertrigo ani, die durch Schweifs hervorgerufene Intertrigo der Mammafalte etc.) Da, wo es zur Rhagadenbildung gekommen ist, läfst er Ätzung mit 2% Argentum nitricum-Lösung vorhergehen. Auch bei dem durch das Saugen der Kinder entstandenen Mamma-Ekzem ist Dermatol am Platze. Akute nässende Ekzeme finden durch Aufstreuen von Dermatol meistens rasche Heilung; namentlich die durch Verbandmittel (Sublimat, Jodoform etc.) hervorgerufenen. Ferner gilt es als vorzügliches Überhäutungsmittel bei allen oberflächlichen Substanzverlusten der Haut, wie Arrosionen, Erosionen und kleineren Fissuren. Gerühmt wird es bei Verbrennungen zweiten Grades. Bei stark sezernierenden Fufsgeschwüren läfst die Sekretion bald nach und die Überhäutung geht schnell von statten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Dermatolbehandlung, von WERTHER. (*Dtsch. med. Wochenschr.*, No. 25.) Verfasser wandte das Dermatol an bei Wunden mit Epitheldefekt, Verbrennungen, chronischen Unterschenkelgeschwüren, gespaltenen Karbunkeln und Phlegmonen. Nirgends brachte das Dermatol als Pulver irgend welche Schädigung der Wunde oder deren Umgebung (Erytheme, Ekzeme etc.) hervor, niemals stellte sich bei den Patienten nach der Anwendung des Mittels irgend eine Störung des Allgemeinbefindens ein, obgleich die Wunde stets mit einer dicken Lage des Pulvers bedeckt war. Am eklatantesten war der Erfolg bei Verbrennungen zweiten Grades. Diese sah Verfasser, wenn nach Abtragung der Blasen Dermatol dick aufgepulvert war, mit einer Schnelligkeit verheilen, wie dies bei Jodoformanwendung nicht der Fall ist, wozu noch kommt, dafs man so viel Jodoform ohne Intoxikation nicht anwenden kann. Exquisit gute Wirkungen sah er ferner bei chronischen Unterschenkelgeschwüren, weshalb er das Dermatol wegen seiner austrocknenden, adstringierenden und antiseptischen Eigenschaften bei absoluter Giftfreiheit und Geruchlosigkeit für eine Bereicherung unseres Arzneischatzes hält. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Kosmetik, von E. SAALFELD. (Fortsetzung von Seite 36 dieses Bandes.) (*Therap. Monatsh.*, No. 5 und 6.) Bei der Sprödigkeit des Teints, welche meistens durch Verminderung der Talgdrüsen bedingt wird, dürfen sich die Patienten nicht zu viel waschen und beim Waschen sich nicht zu häufig der Seife bedienen, die Seife selbst soll eine harte, wenig schäumende, also eine gute neutrale Sodakernseife sein und das Wasser am besten abgekocht. Nach dem Waschen, bei welchem zu starkes Frottieren zu vermeiden ist, empfiehlt es sich eine dünne Schicht Lanolincrêmes oder Puder auftragen zu lassen. Wird Wasser nicht vertragen, so mufs man das Gesicht mit Oliven- oder Mandelöl (vollkommen rein) bestreichen, das überschüssige Öl abwischen und

dann pudern lassen. Die Pigmenthypertrophien im Gesicht treten entweder als Sommersprossen, Ephelides, als Linsenflecke, Lentigines oder als Chloasmata auf. Bei der Behandlung der Chloasmata kommen alle schälenden Substanzeu zur Anwendung, als heroisches Mittel gehört der von Kaposi angegebene Sublimatspiritus in Form von Umschlägen. Dieselbe Wirkung kann man durch Sapo kalinus oder durch grüne Seife erzielen. Langsamer wirken Schwefelsalben (30—50 % mit 5—10 % Natrium oder Kalium carbonicum), ferner Hydr. praec. alb.

Bismuth subnitr.	āā 2,5
Ol. olivar.	1,0
Ung. Glycerin.	4,0

abends einreiben, oder

β-Naphtol	5,0—10,0
Zinc. oxyd.	
Amyl.	āā 12,5
Vaselin. flav.	ad 50,0.

Noch langsamer wiederholte Einreibungen von Spirit. sapon. kal., verdünnter (1—3 %) Essigsäure oder Salzsäure, von Kali- oder Natronlauge (½—1 %), von Citronensaft oder Auflage von Citronenscheiben.

Dieselbe Behandlungsmethode kommt auch bei Epheliden, Lentigines und bei nicht erhabenen Naevis zur Anwendung.

Einfaches weißes Schminkpuder

Zinc. oxydat.	21,5
Talc. venet.	34,5
Magnes. carbonic.	3,5
Ol. millefleurs guttas II.	

Mf. Pulv. DS. Pulvis cosmeticus albus.

Rosapoudre: Pulv. cosmet alb.	500,0
Carmin. solut. (scil. in Liq. Amm. caust.)	0,05
oder	
Pulv. cosmet. alb.	80,0
Carmin. solut.	0,05
oder gelbes Puder	
Goldocker	1,0
Pulv. cosmet. alb.	20,0
Tinct. Croc. gtt. X oder	
Curcumagelb	0,1 (hellgelbes Puder.)

Bei Schminken wird Spermacet. 5—10 % oder Butyrum-Cacao und von den Farbstoffen im Verhältnis zugesetzt.

Angiome, Teleangiektasien, Warzen und Leberflecke können durch chemische Mittel, wie Salpetersäure, Essigsäure, Chromsäure, Eisensesquichlorid, 10 % Sublimat oder Salicylkollodium oder auf chirurgischem Wege beseitigt werden. Breit aufsitzende Warzen lassen sich durch Auflegen von 20—30 % Salicylsäurepflastermull beseitigen. Angiome und Teleangiektasien muſs man skarifizieren oder exzidieren, oder man kann den Galvano- oder Thermokauter anwenden; vielfach geübt ist die Elektrolyse. Letztere ist vielfach bei Hirsuties angewandt, da Medikamente absolut keinen Einfluſs haben. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Metaplasien der krankhaften Gewebe, von Sangalli. (*Virchow-Festschrift*, Bd. II.) Verfasser zeigt an seinen Untersuchungen über die Umbildung

der krankhaften Gewebe einmal den Zusammenhang der normalen Gewebe untereinander, dann den zwischen diesen und den krankhaften Geweben, sowie den zwischen den einzelnen Arten der krankhaften Gewebe. So existiert ein stufenweiser, unmerklicher Übergang vom Normalzustand einer Drüse zur Hypertrophie, von Hypertrophie eines Läppchens im Unterhautfettgewebe zum Lipom, vom Bindewebe der Leberzirrhose zum Sarkom. So bestätigen die modernen Untersuchungen die Lehre von der Entartung der Tumoren aus krankhaftem Gewebe. Die Ursachen sucht S. in einer Verschlechterung der Ernährung des ergriffenen Teils, wodurch die Zellen normaler Gewebe die Grenzen ihrer ursprünglichen Zusammensetzung zu überschreiten beginnen. Es kann dies eine fortgesetzte Reizung, ein Schlag, eine langdauernde Gefäfsfüllung sein, aber es mufs ein tieferer Grund vorhanden sein, weshalb bald nur eine Entzündung, bald ein Sarkom entsteht, vielleicht spielen die trophischen Nerven eine Rolle dabei. Aber diese Frage ist noch ungelöst. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

In seiner **Antrittsvorlesung an der Klinik für Dermatologie und Syphiligraphie zu Bologna** am 2. Februar 1892 (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle;* fasc. I. 1892) hebt Prof. D. Maiocchi die grofsen Verdienste Gamberinis hervor, seines Vorgängers in der Professur, und erwähnt die bedeutenden Fortschritte der letzten Jahre auf dem Gebiete der normalen und pathologischen Anatomie in ihrer Anwendung auf die Dermatologie und Syphiligraphie. Zum gründlicheren Verständnis dieser Wissenschaften müsse das Studium der ersteren dem der letzteren vorangehen, was er als Programm seiner künftigen Lehrthätigkeit in Aussicht nimmt.

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Einige Gefahren von Infektion, die dem Arzte bei Ausübung seines Berufes drohen, von J. C. White. (*Boston. Med. and Surg. Journ.* 1892, Febr.) Verfasser weist in seinem Vortrage auf die mancherlei Infektionen hin, deren der Arzt ausgesetzt ist. Von tierischen Parasiten kommen Läuse, Flöhe, Wanzen in Betracht, von pflanzlichen Favus, Herpes tonsurans, ferner Milzbrand, Rotz, Diphtherie Gonorrhoe, Erysipel, Aktinomykose meist selten. Mehr Interesse beanspruchen Lepra, (es bestehen auf den Sandwichs-Inseln zwei Fälle, wo nicht eingeborene Ärzte angesteckt wurden) Tuberkulose in ihren mannigfachen Formen, und vor allem Syphilis, die in ihren Anfangsstadien vielfach verkannt wird. Verfasser schliefst mit der Mahnung, sich ordentlich die Hände zu waschen, und bei jeder verdächtigen Wunde gleich ordentlich zu desinfizieren. *F. Hahn-Bremen.*

Über eine neue Methode zur Erzeugung lokaler Anästhesie. (*Allg. med. Centralztg.*, No. 92, 1891.) Schleich beobachtete, dafs noch ganz dünne Kokainlösungen anästhesierend wirkten und stellte darauf Versuche mit Injektionen von reinem Wasser an. Zur Erzeugung von Anästhesie ist die Aufschwemmung des betreffenden Gewebes mit einer genügenden Menge Flüssigkeit hinreichend. Er machte mit gutem Erfolge in der Richtung des anzulegenden Schnittes nebeneinander eine Reihe von Injektionen in die oberen Schichten der Haut, dann in die tieferen u. s. f. Um die Schmerzhaftigkeit des Einstichs zu beheben, befeuchtet er die betreffende Stelle vorher mit Äther. *F. Hahn-Bremen.*

Über anatomische Veränderungen durch Chloroformnachwirkung beim Menschen, von E. Fränkel. (*Virch. Arch.* Bd. 127, H. 3.) Fränkel teilt die Krankengeschichte einer 25jährigen, kräftigen Frau mit, die während ihrer Entbindung za. 1½ Stunden leicht und dann zwecks Anlegung der Zange ½ Stunde tief chloroformiert war. Im ganzen waren etwa 30 g Chloroform verbraucht. Patientin blieb nach dem Erwachen teilnahmslos, fieberte nicht, klagte am Ende der ersten Woche über leichte Schmerzen in den Seiten und im linken Bein und starb 20 Tage nach der Entbindung ganz plötzlich. Die Sektion ergab starke Veränderungen in der Muskelsubstanz des rechten Herzens; dieselbe war zerklüftet, stark lichtbrechend, zeigte körnige Beschaffenheit und hyalinen Glanz; die vergröſserten Intimazellen der Aorta ascendens waren verfettet. In den Nieren befanden sich die Epithelien der Rindenkanälchen im Zustande der trüben Schwellung; in den Harnkanälchen fand sich feinkörniges Material, das zum Teil aus Fett bestand. Auſserdem fand sich Embolie der rechten Lungenarterie, Thrombose der Beckenvenen. Die geraden Bauchmuskeln waren stark verfettet. Diese Nachwirkungen können nur auf das Chloroform bezogen werden, da Patientin weiter keinen Schädlichkeiten ausgesetzt war, die Derartiges hätten veranlassen können. *F. Hahn-Bremen.*

II. Internationaler Dermatologischer Kongreſs in Wien.

5.—10. September 1892.

Zur Teilnahme haben sich bis 27. Juli 195 Mitglieder angemeldet.

Die Vorbereitungen für den Empfang der Mitglieder und Gäste des Kongresses sind so weit gediehen, daſs schon jetzt folgendes Programm festgestellt werden konnte:

Sonntag, den 4. September, abends 8 Uhr: Gesellige Zusammenkunft und Begrüſsung im Restaurant „Kaiserhof“ nächst dem Rathause.

Montag, den 5. September, vormittags 9 Uhr: Eröffnungs- und wissenschaftliche Sitzung; nachmittags 2 Uhr: Empfang im Rathause durch den Herrn Bürgermeister der Reichshaupt- und Residenzstadt Wien; Besichtigung des Rathauses.

Dienstag, den 6. September, vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; nachmittags 2—4 Uhr: Besichtigung des k. k. kunsthistorischen Hofmuseums; abends 9 Uhr: Empfang beim Präsidenten des Org.-Komitees.

Mittwoch, den 7. September, vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; nachmittags 5 Uhr: a) Ausflug nach Baden (Parkfest — Badener Ärzteverein und Kurkommission), b) Ausflug nach Kaltenleutgeben (Prof. Winternitz).

Donnerstag, den 8. September, vormittags 9—12 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; nachmittags 2—4 Uhr: Besichtigung des k. k. naturhistorischen Hofmuseums; abends 8 Uhr: Bankett (gegeben von der Wiener dermatologischen Gesellschaft) im Sachergarten, k. k. Prater.

Freitag, den 9. September, vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; nachmittags 5 Uhr: Geselliger Ausflug nach dem Kahlenberg.

Samstag, den 10. September, vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; abends event. Sonntags früh: Ausflug nach Budapest (Prof. Schwimmer).

Während des Kongresses werden für abendliche gesellige Zusammenkunft öffentliche Lokalitäten bestimmt werden.

Bis Ende Juli angemeldete Vorträge:

de Amicis, Neapel: 1. Über Psorospermosen der Haut. 2. Über einen die Existenz des wahren Trichoma beweisenden Fall.

Barduzzi, Siena: 1. Angiomelanosis lenticularis progressiva cutis. 2. Syphilis ab conceptione. 3. Syphilis hereditaria tarda.

Mibelli, Sassari: Über die Histologie des Favus.

Scarenzio, Pavia: Über spezifische Wirkung des Hg gegen Syphilis.

Breda, Padua: Über Erytheme und Mikroorganismen der Mykosis fungoides.

Giovannini, Turin: Über die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie.

Soffiantini, Pavia: Dermatologische Therapeutik.

Tommasoli, Modena: Bericht über hypodermatische Einspritzungen mit Blutserum des Lammes gegen einige infektiöse Hautkrankheiten und besonders gegen Syphilis.

Ciavvochi, Rom: 1. Über Dermatomykosis favosa. 2. Über Bromexanthem bei Nervenleidenden.

Kollmann, Leipzig: 1. Die neuesten Verbesserungen der elektro-mikroskopischen Apparate und deren therapeutische Verwendung (Demonstration). 2. Diskussion zu Thema: Blennorrhoe; Demonstrationen: Tumoren der Harnröhrenmündung bei Prostituierten; intraurethrale Papillome beim Manne; Entleerungs-Katheter bei Lithotripsie; Instrumente für die Strikturbehandlung.

Vineta-Bonaserra, Barcelona: Traitement de teigne pelade et faveuse par le naphtol.

Romniceano, Bukarest: De différentes formes de Syphilis infantiles, observées à l'hôpital des enfants depuis l'année 1874 à 1892.

Petrini-de Galatz, Bukarest: 1. Sur la pathogénie de la mort dans un cas de lupus érythémateux généralisé. 2. Pemphigus malignus, Relations de lésions trouvées dans trois cas semblables avec préparations histologigues. 3. L'emploi du traitement dit mixte est il indispensable dans la Syphilis tertiaire?

Schweninger, Berlin: 1. Über Anwendung der örtlichen Hitze bei Hautkranken. 2. Einiges über Geschwulstbildung in der Haut.

Louis Török, Budapest: Über die protozoënartigen Gebilde des Krebses.

Houlky-Bey, Konstantinopel: Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de mercure.

Colcott-Fox, London. Thema vorbehalten.

Alfred Eddowes, London: Impetigo. Demonstration von Kulturen von Favus, Herpes tonsurans und einigen selteneren Hautkrankheiten.

E. Ludwig, Wien: Über den Nachweis des Quecksilbers und über die Lokalisation des Quecksilbers im Organismus nach dessen Einverleibung.

Jessner, Königsberg: Über das Wachstum der Favuspilze.

Aug. Ducrey, Neapel: 1. Über Kultur der Leprabazillen. 2. Über einige seltene Formen der Ichthyosis.

Oro Marius, Neapel: 1. Histologische und bakteriologische Untersuchungen im zentralen und peripheren Nervensystem bei einem Leprafalle. 2. Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei zwei Fällen von Pemphigus vegetans.

Ducrey-Oro, Neapel: Beitrag zur Pathogenesis und Histologie der spitzen Kondylome.

Radcliff Crocker, London: 1. Dermatitis repens. 2. Adenoma sebaceum. 3. Acne scrophulosorum; Diskussion: Lupus erythematosus.

J. H. Rille, Wien: Über morphologische Veränderungen des Blutes bei Syphilis und einigen Dermatosen.

Haslund, Kopenhagen: Alopecia leucodermica.

Leloir, Lille: 1. Syphilistherapie. 2. Über Pemphigus.

E. Schiff, Wien: Über eine besondere Form von Dermatitis ulcerosa. 2. Über Anwendung des hydrotherapeutischen Verfahrens bei Behandlung von Hautkrankheiten.

Krowiczynski, Lemberg: Experimente über prophylaktische Behandlung der Syphilis.

Barbe: Diagnostic différentiel de la syphilis pulmonaire et de la tuberculose pulmonaire.

Perrin: 1. Cas de dégénérescence colloide du derme. Cas de ladrerie chez l'homme.

Brocq, Paris: 1. Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et les anciens lichens. 2. Remarques sur les alopécies des seborrhées et de la Keratose pilaire.

Brocq et Jaquet, Paris: Forme insolite superficielle de tuberculose cutanée.

Vergère, Paris: Sur la Syphilis d'emblée.

Hallopeau et Jeanselme, Paris.

v. Düring, Pera: Über Lepra.

Vidal, Paris: Du prurigo de Hebra.

Gaucher, Paris: Des métastases de psoriasis. 2. Guérison de quelques cas rares de Syphilis tertiaire.

Feulard et Djelaleddin Mouhktar, Paris: Etudes statistiques sur la Syphilis ignorée.

Feulard, H., Paris: La question des teignes en France 1886—1892.

Joannu, Athen: Über die Syphilis bei den alten Griechen. 2. Über Syphilis in Griechenland und eine spezielle Form „Spyrokolon".

Cehak, F., Wien, Über Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum sozojodolicum.

Jadassohn, J., Breslau: Diskussion Lupus erythematosus.

Ravogli, A., Cincinnati: Plaques muqueuses.

Besnier et Hallopeau, Paris: Contribution à l'étude du mycosis fungoides.

Besnier, Paris: Sur le Prurigo.

Fournier et Feulard, Paris: Études statistiques sur l'étiologie de la syphilis.

Doutrelepont, Bonn: Zur Haut- und Schleimhauttuberkulose.

Schwimmer, Budapest: Über das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affektionen.

Riehl, Wien: 1. Leukaemia cutis. 2. Über multiple Endotheliome der Haut.

Mraček, Wien: Über Herzsyphilis.

Ehrmann, Wien: 1. Über Anatomie und Physiologie des Hautpigments. 2. Diskussion Psorospermosen. 3. Diskussion Blennorrhoe.

O. Chiari, Wien: Über Pemphigus laryngis.

Havas, Budapest: Über Mikroorganismen bei Mykosis fungoides (Alibert).

C. Ullmann, Wien: Zur Lokalisation des Quecksilbers in tierischen Geweben.

J. Pringle, London: Thema vorbehalten.

Störk, Wien: Über Syphilis der Nasenschleimhaut.

Leslie Roberts, Liverpool: Herpes tonsurans.

H. Hebra, Wien: Thema vorbehalten.

Grünfeld, Wien: Endoskopie.

Neumann, Wien: Über neue Lepraherde in Europa.

Barthélemy, Paris: 1. Dermographisme. 2. Sur la longue durée de la contagiosité de la période secondaire dans certains cas de syphilis bénigne.

S. Rosolimos, Athen: Sur la fièvre dans la Syphilis.

Hutchinson Jon., London: Demonstrationen: 1. Infektive Angiomata. 2. Eruptionen, bedingt durch den Sommer und den Einfluſs der Sonne. 3. Heilung von Xanthoma diabeticorum. 4. Melanosis in Konnexion mit Lentigo senilis.

F. J. Pick, Prag: Die Dermatohyphomyzeten in ätiologischer und pathologischer Beziehung.

Bulkley, New-York· Thema vorbehalten.

L. Lewin, Berlin: Über die Arzneiausschläge vom pharmakologischen Standpunkte aus.

E. Welander, Stockholm: 1. Untersuchungen über die Absorption und Elimination bei der unter verschiedenen Umständen ausgeführten Einreibungskur. 2. Über die Behandlung der Syphilis mittelst Überstreichens, nicht Einreibens, mit Merkursalbe.

Eraud, Lyon: Récherches sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorrhagique.

Baldomar Sommer, Buenos-Ayres: Über Lupus erythematosus.

Balmanno Squire, London: On Rhinophyma and a new Method of operating for its removal.

Emanuel Kohn, Wien: Die kontagiösen Hautkrankheiten im Kindesalter in ihrer Beziehung zur Schulhygiene.

Zambaco Pascha, Konstantinopel: Sur la lèpre.

Hugo Schindelka, Wien: Über Dermatonosen der Haustiere.

Aubert P., Lyon: 1. Recherches sur la sécrétion sudorale et la sécrétion sébacée. 2. Traitement du lupus par les solutions aqueuses mercurielles.

Ludwig Schuster, Aachen: Beobachtungen über Reinfektion.

E. Finger, Wien: 1. Über pathologische Anatomie der Urethritis chronica posterior und der blennorrhagischen Prostatitis chronica (mit Demonstr. hist. Präp.). 2. Beitrag zur Ätiologie und Anatomie des multiformen Erythems (mit Demonstr. hist. Präp.).

Max Joseph, Berlin: Über Angiokeratosen mit mikroskopischen Demonstrationen.

Zeferino Falcao, Lissabon: La lèpre en Portugal.

Max von Zeissl, Wien: Über die Innervation der Blase.

Karl Szadek, Kiew: Syphilistherapie.

Karl Berliner, Aachen: Über spontane Keloïde.

K. A. Herzfeld, Wien: Beitrag zur Lehre von der Gonorrhoe des Weibes.

Alfred Staub, Posen: Über Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum.

Martin Chotzen, Breslau: 1. Alumnol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe. 2. Beitrag zur Gonorrhoebehandlung. 3. Mikroskopische Demonstrationen.

Robinson, New-York: Dysidrosis.

Janovsky, Prag: Weitere endoskopische Beiträge zur Lehre von der Gonorrhoe des Weibes.

S. Pollitzer, New-York: Zur Histologie des Herpes Zoster. Über Urticaria perstans. Das Ozonol in der Dermatotherapie.

K. Touton, Wiesbaden: 1. Beiträge zur Lehre von der Gonorrhoe der kleinen Hautdrüsen am Penis (mit Demonstrationen). 2. Die Gonokokken im Gewebe der Bartholinischen Drüse (mit Demonstrationen).

A. Lang, Moskau: Über ein neues Verfahren bei Gonokokkenfärbung.

A. Hardy, Paris: Coup d'oeil sur l'état actuel de la Dermatologie.

S. Lustgarten, New-York: 1. Eine klinische Bemerkung betreffs Molluscum fibrosum. 2. Gangraena cutis hysterica. 3. Osmiumreaktion des Pigmentes der Haut.

Leopold Glück, Serajevo: 1. Über die häufigsten Hautkrankheiten des österreichisch-ungarischen Okkupationsgebietes.

Edmund Saalfeld, Berlin: Ein neues dermathotherapeutisches Präparat.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. № 5. 1. September 1892.

Pili moniliformes (Monilethrix).

Von

WALLACE BEATTY, M. D., F. R. C. P. I.,
Senior Assistant Physician to the Adelaide Hospital, Dublin,

und

J. ALFRED SCOTT, M. B., F. R. C. S. I.,
Professor of Physiology, Royal College of Surgeons, Ireland.

(Mit Tafel I.)

Wir haben unser Thema in drei Stücke geteilt:

Teil I. Übersicht aller bisher beschriebenen Fälle und Bericht über einen neuen Fall von Dr. WALLACE BEATTY.

Das Verdienst, diese Abnormität an den Haaren zuerst bekannt gemacht zu haben, gebührt ausschliefslich und allein WALTER SMITH. Seinen ersten Fall beschrieb er bei Gelegenheit der Sitzung der British Medical Association in Cork 1879.[1] LIVEING hatte sechs oder sieben Jahre zuvor einen ähnlichen Fall beobachtet, doch war derselbe unveröffentlicht geblieben, bis WALTER SMITH auf LIVEINGS Wunsch denselben nebst einem zweiten eigenen Falle am 1. Mai 1880 veröffentlichte.[2] WALTER SMITH beschrieb die Affektion unter der Bezeichnung „A rare Nodose Condition of the Hair".

LIVEING nannte seinen Fall „Nodose Malformation of the Hairs of the Scalp". MCCALL ANDERSON hat bei der Schilderung einiger Fälle, welche etwa drei Jahre später von ihm beobachtet wurden, den Ausdruck „Trichorrhexis nodosa" gewählt und hält denselben für viel bezeichnender für diese Affektion als für diejenige, welche gewöhnlich darunter verstanden wird, da die Haare thatsächlich nicht nur brüchig, sondern auch knotenförmig sind.[3] CROCKER[4] bedient sich des Namens „Monilethrix", welcher den Vorzug der Kürze besitzt und die klinischen Erscheinungen

[1] *Brit. med. Journ.* 1879. Vol. II pag. 291.
[2] *Brit. med. Journ.* 1880. Vol. II. pag 654.
[3] *Lancet.* 1883. Vol. II. pag. 140.
[4] CROCKER, *Diseases of the Skin,* pag. 600.

sehr gut wiedergiebt. BEHREND schlägt die schwerfällige pathologische Definition „Aplasia pilorum intermittens seu moniliformis“ vor und begründet dieselbe damit, daſs die Aplasie, wie VIRCHOW hervorgehoben hat, und nicht die Knotenbildung das Wesentliche bei der Krankheit ist.[5]

Bevor ich zur Beschreibung meines eigenen Falles übergehe, will ich eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle dieses Leidens geben.

Fall I. — WALTER SMITHS erster Fall.[6] Mary M., Schneiderin, 19 Jahre alt, von blondem Teint und mit dunklem Haar. Im dritten Lebensjahre hatte sie „Herpes tonsurans“; aber hiervon abgesehen hatte sie niemals an irgend einer Hautkrankheit gelitten. Die Anamnese ergab nichts von Syphilis. Bis zu ihrem fünfzehnten Jahr hatte sie „schönes langes Haar“, das bis auf die Schultern reichte, gehabt; um diese Zeit fing das Haar an auszufallen. Die Katamenien stellten sich im fünfzehnten bis sechszehnten Jahre ein, nachdem die Haare angefangen hatten spärlicher zu werden. Der Kopf wurde seborrhoisch. Zeitweilig juckte die Haut und wurde empfindlich. Bald nach dem Beginn des Haarausfalls hatte sie Scharlach. Das Dünnwerden der Haare war nach dem Fieber schlimmer als vorher.

Auf der gesamten Kopfhaut war der Haarwuchs gleichmäſsig spärlich, doch war nirgends eine vollständig kahle Stelle zu finden. Die längsten Haare waren nur fünf Zoll lang; sie lieſsen sich leicht und schmerzlos ausziehen, und die freien Enden erschienen scharf abgebrochen. Viele der Haarfollikel traten hervor in Gestalt von blassen oder rosaroten Erhebungen, die auf dem Nacken am zahlreichsten vorhanden waren. Die Haare waren sehr trocken, von gleichmäſsig dunkler Farbe und fühlten sich fest an. Bei genauer Besichtigung sah man, daſs viele Haare plötzlich in einem rechten Winkel umgeknickt waren, und daſs die Länge der Haare sehr variabel war. Ferner zeigten die Haare und namentlich die kürzeren derselben, direkt oberhalb der Wurzel anfangend, einen Zustand regelmäſsig angeordneter Perlenbildungen oder eine Reihenfolge von Anschwellungen längs dem Schafte. Die Knötchen waren spindelförmig, durchweg dunkel oder auch im unteren Teile blaſs, im oberen schwarz; wenn das Haar abgebrochen war, was häufig passierte, so hatte der Bruch stets an einem Internodium stattgefunden. Durchschnittlich war auf jedes Millimeter Haarlänge ein Knötchen zu rechnen. Ein jedes Knötchen schien etwa einem zweitägigen Wachstum zu entsprechen. Über den Kopf zerstreut fanden sich auch zahlreiche keulenförmige Stümpfe, welche einzelnen Knötchen entsprachen und der Haut mit ebenfalls spitzzulaufenden Wurzelenden eingepflanzt waren. An einigen der längeren Haare waren ungefähr in der Mitte kleine Stückchen in longitudinaler Richtung abgesprengt. Die Augenbrauen waren dünn, lieſsen aber ebensowenig wie die Augenwimpern Knötchenbildungen erkennen. Die Haare in den Achseln waren spärlich, schienen aber normal zu sein.

Die mikroskopische Untersuchung der Haare wurde von dem verstorbenen B. WILLS RICHARDSON ausgeführt und ergab die folgenden Verhältnisse:

An den Knötchen war kaum eine Spur von Schuppenbedeckung zu finden, doch war dieselbe an der Konkavität der verengten Teile zwischen den Knötchen deutlich zu erkennen. Braunes Pigment war strichweise auſserhalb der Axencylinder namentlich an den Knoten abgelagert; somit erschien jedes Haar dem unbewaffneten Auge

[5] BEHREND, *Über Knotenbildung am Haarschaft.*
[6] *Brit. med. Journ.* 1879. Vol. II. pag. 291; und 1880. Vol. I., pag. 654.

gleichsam gescheckt und abwechselnd braun und weifs. In der Axe der Knötchen fand sich keine Spur von Zellen. Der Durchmesser der Knötchen betrug durchschnittlich ein Zweihundertstel Zoll, derjenige der Einschnürung ein Fünfhunderstel. Einige Haare, welche makroskopisch von gleichmäfsigem Umfang zu sein schienen, liefsen unter dem Mikroskop geringe spindelförmige Anschwellungen erkennen, und es fanden sich alle möglichen Übergänge von einer kaum wahrnehmbaren Verdickung des Schaftes bis zu den grofsen, spindelförmigen Knollen. Die grofse Mehrzahl der Haare hatte intakte Konturen, aber einige derselben zeigten ein longitudinales Absplittern und manchmal eine Querfraktur der Cortex und eine unregelmäfsig pinselartige Beschaffenheit an einer Knickung des Schaftes. Bei einigen Haaren liefen die Enden in einen Büschel von Fasern aus, aber es fanden sich keine Zeichen eines Platzens der Knötchen wie bei Trichorrhexis.

Fall II. — Liveings Fall, von Walter Smith publiziert.[7] Ein 12- bis 13jähriges Mädchen. Ihr Haar war niemals zur Zufriedenheit gewachsen. Die Kopfhaut war mit zerstreuten, kurzen, dunkelfarbigen Haaren bedeckt, von denen einige zwar dünn, aber von festem Gefüge waren; mehrere derselben waren mehr oder weniger geringelt. Im allgemeinen hatte man den Eindruck einer teilweisen Kahlheit eigentümlicher Art, wobei keines der Haare im entferntesten seine normale Länge oder Beschaffenheit erreichte. Unter dem Mikroskop hatte das Haar ein Aussehen, als ob es aus einer Anzahl fusiformer Anschwellungen, die mit grofser Regelmäfsigkeit auf viele der Haare verteilt waren, bestände. Die Haare waren weniger durchsichtig als normal und zeigten dunkle Konturen.

Fall III. — Der zweite Fall von Walter Smith.[8] — Thomas W., sieben Jahre alt. Ein blondes Kind von gesundem Aussehen. Die Kopfhaut war seborrhoisch und gleichmäfsig bedeckt mit kurzen Haaren. (Der Kopf war einige Wochen zuvor rasiert worden.) Die Haare zeigten die charakteristische, moniliforme Beschaffenheit, als ob eine Anzahl dunkler, fusiformer Perlen auf einer Schnur aufgereiht wären. Unterm Mikroskop wurden abwechselnde Anschwellung und Einschnürung der Marksubstanz konstatiert. Das Pigment war spärlich oder fehlte fast gänzlich bei einzelnen Exemplaren, aber immerhin waren die Knötchen die dunkelsten Teile. Bei mehreren Exemplaren zeigte die Rinde unregelmäfsige, transversale oder longitudinale Risse, und einige der abgebrochenen Enden zeigten ein pinselförmiges Faserbündel. Die grofse Mehrzahl der kürzeren Haare waren mit Knötchen versehen, was auf den Teilen in der Umgebung der Haare am stärksten hervortrat. An den Augenbrauen und Wimpern war auch mit einer Lupe keine Spur von Knötchenbildung zu erkennen.

Fall IV. — Fall von Dr. Thin.[9] — Maria Style, vier Jahre alt, das zweite von fünf Kindern. Vater gesund, aber die Mutter war von der Geburt an vollständig kahl gewesen. Bei den anderen Kindern war das Haar normal. Als dieses Kind ungefähr fünf oder sechs Monate alt war, fing die Mutter an wahrzunehmen, dafs die Haare beim Waschen ausfielen. Als Thin sie sah, war der Kopf mit kurzen, trockenen Haaren besetzt, welche leicht und zahlreich sich bei sehr gelindem Ziehen entfernen liefsen. Auf dem Hinterkopf, nach vorne bis zu den Ohren und auf der hinteren Hälfte des Scheitels hatten die Haare eine Länge von einem Sechszehntel bis zu einem Viertel eines Zolles. Die längsten Haare safsen auf dem vorderen Teile des Scheitels, wo die längsten fast drei Zoll lang waren. Nach der Stirn zu wurden sie

---

[7] *Brit. med. Journ.* 1880. Vol. I. pag. 654.

[8] l. c.

[9] A case of Congenital Abnormality in the Hair-Production on the Scalp. *Trans. Internat. med. Congress.* 1881. Vol. III. pag. 190.

kürzer und erreichten eine Länge von kaum einem Zoll. Auf dem ganzen Kopfe waren die Haare hart und rauh anzufühlen, und die Kopfhaut gewährte eine Empfindung wie Schweinsleder. Unterm Mikroskop zeigten viele, aber nicht alle Haare variköse Konturen und unterschieden sich durch alternierende Einschnürungen und Anschwellungen.

Fälle V und VI. — KAPOSIS Fälle.[10] — Bei der Diskussion, die auf THINS Vortrag folgte, sagte KAPOSI, dafs er zwei derartige Fälle gesehen habe, welche, wie er glaube, in seinem letzten Werke über Hautkrankheiten als Lichen pilaris erwähnt worden seien.

Fälle VII, VIII und IX. — VIDALS Fälle.[10] — VIDAL teilte mit, dafs er zwei Fälle bei Kindern im Alter von je vier und zehn Jahren gesehen habe. Die Affektion schien kongenital zu sein. Die Kopfhaut war sehr trocken und das Talgdrüsensystem schien schlecht entwickelt und möglicherweise atrophisch zu sein.

VIDAL fand Atrophie der Talgdrüsen bei einem an Seborhoea sicca leidenden erwachsenen Menschen, dessen Haar namentlich an den Schläfen gebrochen und in ähnlicher Weise gedreht war.

Fall X. — UNNAS Fall.[11] — UNNA hatte bei einer jungen Dame die gleiche Affektion beobachtet, aber mit Beschränkung auf den Scheitel. Das Leiden entwickelte sich nach einer nervösen Erregung und hatte etwas Ähnlichkeit mit Alopecia areata, aber es fand sich bedeutende Trockenheit der Haut nebst einer groben, drahtähnlichen Beschaffenheit der Haare, und die Kopfhaut war erheblich induriert.

Fall XI. — BULKLEYS Fall.[11] — Ein sechsjähriger Knabe, der die Affektion seit seiner frühesten Kindheit dargeboten hatte. Er zeigte einen charakteristischen Lichen pilaris, und auf den Armen waren die Haare alle von spitzen Anhäufungen von Epidermiszellen umgeben, was auch, obgleich in sehr geringem Grade, an den Kopfhaaren der Fall war, wo dieselben allerdings sehr spärlich und brüchig waren.

Fall XII. — BURYS[12] Fall, der in der Manchester Medical Society am 7. Februar 1883 vorgestellt wurde. Ein siebenjähriger Knabe. Das Haar auf der Kopfschwarte war dünn, trocken, brüchig und sehr kurz; die durchschnittliche Länge der Haare betrug ein viertel bis zu einem halben Zoll. Bei genauerer Betrachtung sahen alle Haare wie geperlt aus. Unterm Mikroskop sah man, dafs die Schafte aus abwechselnden Einschnürungen und spindelförmigen Schwellungen bestanden. Die Affektion datierte aus der frühesten Kindheit her.

Fälle XIII, XIV, XV, XVI und XVII. — MCCALL ANDERSONS Fälle.[13] — Herr James B., senior, Ökonom aus dem Süden von Schottland, konsultierte MCCALL ANDERSON wegen seines Sohnes James. Derselbe, drei und ein halbes Jahr alt, zeigte mangelhaftes Wachstum der Haare an der gröfseren Hälfte des Kopfes, was ebenso wie bei den gleich zu erwähnenden anderen Mitgliedern der Verwandtschaft ganz oder beinahe ganz kongenital war. Die Krankheit zeigte alle Eigentümlichkeiten der zweiten Art von Trichorrhexis nodosa, und der Vater selbst war in ähnlicher Weise affiziert. Er teilte mit, dafs seine Tochter Maggie an derselben Affektion leide, und bei einer daraufhin vorgenommenen Untersuchung fand man an ihrem Haar die gleiche knotige Beschaffenheit. Einige Zeit nachher brachte Herr William B., Bruder von James B. senior, seine Tochter Mabel zu MCCALL ANDERSON, und die Untersuchung ergab, dafs sowohl Tochter als auch der Vater in der gleichen Weise affiziert waren.

---

[10] l. c.
[11] l. c.
[12] Nodose Malformation of the Hair, *Brit. med. Journ.* 1883. Vol. I. pag. 417.
[13] Unique Case of Hereditary Trichorexis Nodosa, *Lancet.* 1883 Vol II. pag. 140.

Auf Befragen wurde angegeben, dafs viele andere Mitglieder der Verwandtschaft die nämliche Affektion darböten. Herr James B. konnte das Leiden bis auf seine Urgrofsmutter zurückverfolgen, und er glaubte, dafs ihre Familie in ähnlicher Weise affiziert gewesen sei. Er wufste, dafs die Affektion sich bei wenigstens vierzehn Familienmitgliedern vorfand.

Fall XVIII. — Luces Fall, berichtet von P. Michelson.[14] Ein achtjähriges Mädchen. War total kahl zur Welt gekommen. Im sechsten Monat hatten sich zahlreiche kleine Erhebungen auf der Kopfhaut gezeigt; im sechsten Jahr wurden die ersten Haare wahrgenommen. Als Luce das Mädchen sah, konstatierte er neben zahlreichen Lanugohärchen auch einige schwärzlich graue Haare von normaler Dicke und einer Länge von anderthalb Centimetern. Die Kopfhaut trug auch feste konische Knötchen von gleichmäfsiger Farbe mit einem zentral gelegenen schwarzen Punkte. Wenn man die Spitze dieser Knötchen unter der Lupe mit einer Nadel aufhob, so sah man darunter eine schwarze Masse, welche sich als ein aufgerolltes Haar erkennen liefs. Die betreffenden Haare zeigten in regelmäfsiger Abwechselung dünne und spindelförmig verdickte Teile.

Behrend[15] schreibt bei der Beschreibung von Luces Fällen: „Die in toto entfernten Knoten zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung das Haar in situ, und in dem einen findet sich im untersten Teile des Follikels offenbar unmittelbar auf der Papille ein ovoides Haarsegment und nach oben hiervon eine Gruppe ähnlicher ovoider Haarstückchen, die einander nicht berührten, und darüber ein schlangenförmig zusammengerolltes Haar, dessen ovoide Segmente durch dünne Fasern von Haarsubstanz miteinander verbunden sind."

Fall XIX. Lessers Fall.[16] Ein Kind, dessen Kopfhaut das Aussehen von Lichen pilaris darbot. Einige der aufserordentlich kurzen und brüchigen Haare zeigten abwechselnd helle und dunkle Ringe, welche unterm Mikroskop mit den gleichmäfsig alternierenden Anschwellungen und Einschnürungen übereinstimmten. Die helle Farbe der Anschwellungen beruhte ausschliefslich auf dem Eindringen von Luft in die Marksubstanz; auf Druck verschwand dieselbe wieder. An den Einschnürungen war die Rindenschichte gleichmäfsig dick; die Marksubstanz fehlte hier fast vollständig, und an diesen Stellen fand sich vielfach ein Aussehen wie bei Trichorrhexis nodosa. Eine sorgfältige Beobachtung ergab, dafs die Haare stets an den Einschnürungsstellen abbrachen, und dafs diese die pathologisch veränderten Stellen waren, da die Haare an den Knötchenteilen sowohl betreffs der Struktur als der Dicke vollständig normal waren.

Fälle XX u. XXI. — Paynes Fälle[17] — Zwei Kinder, Ernest K., zwei Jahre alt, u. Arthur K., ein Jahr alt. Beim älteren Kinde war der Kopf mit kurzen, abgebrochenen Haaren von nicht über ein viertel Zoll Länge besetzt, so dafs das Bild grofse Ähnlichkeit mit einer universellen Herpes tonsurans darbot. Einige Stellen waren fast kahl. Die Augenbrauen waren beinahe verschwunden, und etliche von den Augenwimpern waren ausgefallen. Die vorhandenen Haare waren sehr brüchig, und es war infolgedessen schwer sie in ihrer Totalität zu entfernen, trotzdem sie so kurz waren. Offenbar verhinderte ihre fragile Beschaffenheit ein ordentliches Wachsen.

Die Anamnese ergab, dafs das Kind gewöhnliches, kindliches Haar bis zum

---

[14] Von Ziemssen, *Hautkrankheiten*, pag. 410.
[15] Behrend, *Über Knotenbildung am Haarschaft.*
[16] Ein Fall von Ringelhaaren, *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1886. pag. 698.
[17] Hairs showing a Remarkable Nodose Condition on Beaded Hairs, *Trans. Path. Soc. Lond.* 1886. Vol. 37. pag. 540.

vierten Monat besessen hatte, daſs aber, als dieses ausfiel, sich der übliche Nachwuchs nicht einstellte oder nur in dieser unvollkommenen Form auftrat. Es waren unverkennbare Zeichen von Rhachitis bei dem Kinde vorhanden.

Das kleinere Kind war fast kahl. Es fanden sich nur einige zerstreute Haare, welche kurz abgebrochen zu sein schienen und sich nur mit groſser Mühe ausziehen lieſsen. Die Augenbrauen und Wimpern waren total verschwunden. Die Kopfhaut war schuppig infolge von Seborrhoe. Die Anamnese ergab bei diesem Fall das Gleiche wie beim Bruder. Es war ein sehr reichlicher, infantiler Haarwuchs vorhanden gewesen, aber als dieses im vierten Monat ausfiel, stellte sich kein Nachwuchs ein. Dies Kind war auch entschieden rhachitisch. Die Familienverhältnisse ergaben keine Erklärung für die Erkrankung. Es bestanden keine Zeichen noch auch ein Verdacht auf Syphilis.

Die meisten Haare zeigten verdickte und verdünnte Stücke .in alternierender Verteilung, so daſs ein perlschnurartiges Aussehen resultierte. Die engeren Teile waren pigmentarm und lieſsen eine unvollständige Entwickelung der Haare erkennen. Die erhöhten oder prominenten Teile enthielten Pigment und zeigten die normale Struktur des Haarschafts ziemlich gut, wenn man von der Eigentümlichkeit der Form absieht. Wenn eine Fraktur eintrat, was öfters der Fall war, so geschah dieses ausnahmslos in einer der verengten Stellen und niemals durch eine prominente oder ausgedehnte Partie.

Fall XXII. — Fall von Hallopeau und Lefèvre[18]. Dieser Fall von Monilethrix fand sich bei einem Knaben und hatte, wie angegeben wird, die gewöhnlichen Symptome dieser seltenen Affektion besessen.

Fall XXIII. — Arnozans Fall[18]. Arnozan teilte mit, daſs er einen ähnlichen Fall wie No. XXII beobachtet habe. Die Affektion war auf eine kleine Stelle am Hinterkopf beschränkt.

Fall XXIV. — Abrahams Fall[19]. Ein zweijähriges Mädchen. Die ganze Kopfhaut war mit kurzen und fast farblosen Haaren besetzt, welche durchschnittlich nicht über einen Centimeter lang waren. Die Haare waren auſserordentlich brüchig, zerbrachen beim Anfassen und lieſsen sich durchaus nicht mit der Wurzel zusammen mittelst Pincette ausziehen. Es bestand erhebliche follikuläre Entzündung der Kopfhaut und an einigen Stellen als weitere Folge auch Pustelbildung. Beim Untersuchen mit einer gewöhnlichen Lupe erkannte man, daſs ein jedes Haar eigentümlich geperlt oder „moniliform“ war. Die Haare sahen gefleckt aus, und das geringe noch vorhandene Pigment fand sich hauptsächlich in den angeschwollenen Knötchen angesammelt. Wurde die Kopfhaut vorsichtig geschabt, so erhielt man zwar meistens abgebrochene, wurzellose Haare, aber es fanden sich auch einige, welche atrophische und verdrehte Knollen aufwiesen. Unterm Mikroskop wurden folgende Verhältnisse konstatiert: Die Haare waren nicht von gleichmäſsiger Länge oder Dicke, und die langen Haare waren die dünnsten; alle aber zeigten sie spindelförmige, in ungefähr gleichmäſsigen Abständen angeordnete Verdickungen, wobei die Internodien manchmal sehr dünne waren und dann eine doppelte Kontur aufwiesen, wenn die Rindenschichte zu erkennen war. In allen Fällen erstreckten sich die Knotenbildungen durch die ganze Länge des Haares hindurch, und an den längeren waren bis zu zwölf und fünfzehn zu zählen. An vielen der Internodien, namentlich bei den kürzeren Haaren, waren partielle oder beginnende Frakturen zu sehen, ungefähr in der Mitte zwischen den Anschwellungen.

---

[18] A case of Moniliform Hairs. Abstract of Proceedings of French Society of Dermatologists and Syphilographists. Second Session, April 1890. *Brit. Journ. Dermatol.* Vol. II. pag. 160.

[19] *Brit. Journ. Dermatol.* Vol. IV. pag. 21.

Bei stärkerer Vergröfserung (Obj. 1/6) erkennt man, dafs diese Frakturen keine glatten waren; es fand sich in der Rindenschichte eine ringförmige Spalte, die mehr oder weniger vollständig um das ganze Haar herumlief, nebst mehr oder weniger reichlicher Auffaserung der Rindensubstanz; an den Enden der abgebrochenen Haare war die gleiche Auffaserung der Haarsubstanz zu bemerken. An den Knötchen war keine Spur eines Einbrechens zu sehen. Die Haare besafsen verhältnismäfsig wenig Pigment, und die Ablagerung desselben war eine ziemlich unregelmäfsige. Die meisten der angeschwollenen Knötchen zeigten jedoch eine gröfsere Anzahl zerstreuter Körnchen und länglicher, dunkler Massen als die Internodien, und bei einigen fand sich eine ganz erhebliche Ansammlung von Pigment im Zentrum ebenso wohl als in den Lufträumen.

Das Kind hatte bei der Geburt nur einen sehr geringen Haarwuchs, und dies wurde immer spärlicher bis zur Zeit, als ABRAHAM es sah. Die Eltern erklärten mit Bestimmtheit, dafs nie irgend ein Haarleiden bei irgend welchen anderen Mitgliedern der beiden Familien zu bemerken gewesen sei.

Soweit ich habe in Erfahrung bringen können, sind die hiermit aufgezählten Fälle dieses Leidens die einzigen, welche bisher beschrieben worden sind. Ich zweifle kaum, dafs dieselben sämtlich Beispiele einer und derselben Krankheit sind. Die einzigen, welche möglicherweise in Zweifel gezogen werden könnten, sind die von THIN (Fall IV) und LESSER (Fall XIX). THIN glaubte, dafs sein Fall nicht mit denjenigen von WALTER SMITH und LIVEING übereinstimmte; indessen meinte LIVEING bei der auf den Vortrag von THIN folgenden Diskussion offenbar, dafs dieser Fall von der gleichen Art wie seine eigenen sei, und nach THINS Beschreibung bin ich nicht im stande einzusehen, welche wesentliche Eigenschaften denselben von den Fällen von WALTER SMITH und LIVEING unterscheiden. LESSERS Fall weicht von den anderen hinsichtlich der Anwesenheit von Luft in den Knoten und der dadurch bedingten helleren Farbe ab, aber sintemalen die Knoten und die Zwischenräume in regelmäfsiger Aufeinanderfolge angeordnet waren, und die Krankheit offenbar an den Zwischenräumen lokalisiert war, und da die nämlichen, follikulären Läsionen, welche sich bei einigen anderen Fällen vorfanden, damit verbunden waren, so glaube ich doch, dafs man die Affektion allen wesentlichen Punkten nach für die nämliche erachten darf.

Überblickt man nochmals diese Fälle, so stellen sich folgende Merkmale als die wesentlichsten Eigenschaften der Affektion dar:

Die betroffenen Haare zeigen eine regelmäfsige Reihenfolge von spindelförmigen Schwellungen, die durch dünnere Teile verbunden sind.

Diese Schwellungen und Einschnürungen erstrecken sich von der Wurzel an bis zum freien Ende des Haares.

Die Länge einer Schwellung und Einschnürung beträgt, soweit an Haaren Messungen vorgenommen worden sind, ein Millimeter (WALTER SMITH; BEHREND).

Wie es scheint, entsprechen die Knötchen einem zweitägigen Wachstum (WALTER SMITH; BEHREND).

Die Knötchen scheinen die intakten Teile zu sein.

Die Knötchen sind, außer bei dem LESSERschen Falle, gewöhnlich dunkler als die Zwischenstücke. Beim LESSERschen Falle bedingte die Anwesenheit von Luft in den Knoten eine hellere Farbe.

Die Internodien scheinen die erkrankten Teile zu sein, denn 1. enthalten sie keine Marksubstanz, und 2. bricht das Haar leicht an den Internodien, sei es mit einer glatten oder einer pinselförmigen Bruchfläche.

Die Rindenschichte scheint an den Internodien am besten entwickelt zu sein.

Diese Knotenhaare kommen zwar nur auf der Kopfschwarte allein vor, aber bei einigen Fällen waren die Augenbraunen und Wimpern verdünnt.

Trotzdem aber das Leiden meistens über die ganze Kopfhaut verstreut war (Ausnahmen bilden die Fälle von UNNA und ARNOZAN), so fanden sich neben den Knotenhaaren auch zahlreiche Haare von gleichmäßigem Kaliber.

Bei vielen Fällen fand sich an einigen Follikeln der Kopfhaut ein Zustand von Keratosis pilaris.

Bei der Mehrzahl der Fälle war die Affektion bereits in früher Kindheit konstatiert worden. Ausnahmen: Fall I, WALTER SMITHs erster Fall: „Die Veränderung an den Haaren stellte sich bald vor Eintritt der Katamenien ein.“ Fall X, UNNAS: „Die Affektion entwickelte sich nach einem Nervenshok.“

Bei der Mehrzahl der Fälle fing zwar das Leiden im frühen Säuglingsalter an, aber bei manchen kann man dasselbe kaum als kongenital bezeichnen. Confer THINS Fall: „Als das Kind fünf oder sechs Monate alt war, fing die Mutter an wahrzunehmen, daß die Haare ausfielen, wenn der Kopf gewaschen wurde.“ PAYNES Fälle: „Die Kinder hatten das gewöhnliche Haar des Säuglingsalters bis zu ihrem vierten Monat, aber als dasselbe ausfiel, stellte sich der übliche Nachwuchs gar nicht oder nur in unvollkommener Form ein.“

Bei einem Falle war die Affektion entschieden hereditär (MC CALL ANDERSONS).

Die Krankheit zeigt auch wohl eine Vorliebe für gewisse Familien. (PAYNES Fälle sowie mein eigener, ut infra.)

In Bezug auf die Ursache dieses Leidens gelten die folgenden Ansichten: WALTER SMITHS:[20] „Betreffs der Ursache dieses merkwürdigen Zustands kann man kaum mehr sagen, als daß derselbe ein eigentümliches Spiel einer perversen Ernährung darstellt, indem sozusagen in regelmäßiger

---

[20] *Brit. med. Journ.* 1880. Vol. I. pag. 655.

Abwechselung Perioden des Wachstums und der Atrophie eintreten; oder ein periodisches Abwechseln zwischen Aktivität und Torpidität. Die Entstehung der knotenförmigen Mifsbildung ist offenbar intrafollikulär; denn a) bei vielen Fällen konnte man ein Hervorragen eines Knötchens aus einem Follikel konstatieren, und b) die Symmetrie der Knotenbildungen deutete auf eine regelmäfsig wiederkehrende Ursache, welche nur am Sitze der Haarbildung stattfinden konnte."

Malcolm Morris:[21] „Das knotenförmige Aussehen der Haare könnte auf einer periodisch eintretenden, atrophischen Veränderung beruhen; die geschwollenen Teile des Haares stellen somit den normalen Durchmesser des Schaftes und die Einschnürungen die atrophischen Teile dar."

Thins:[22] „Es finden sich alternierende Anschwellungen und Einschnürungen bei verschiedenen abnormen Zuständen, die mit dem Wachstum des Haares in Verbindung stehen. Ich betrachte den Fall als ein Beispiel von kongenitaler Mangelhaftigkeit der Zellen der Haarpapille, wobei dieselben keine Epithelzellen bilden, welche imstande wären, sich zu einem Haarschaft von normaler Stärke zu verflechten."

Behrend:[23] „Die Knötchen besitzen oft einen gröfseren Durchmesser, als ich jemals bei irgend einem normalen Haar desselben Individuums gefunden habe. Die Knötchen beruhen auf einem wirklichen „Plus" der Rindensubstanz, gewissermafsen ein Ersatz für den Defekt an den dünnen Teilen." Derselbe schreibt wiederum bei der Besprechung von Luces Fall:[24] „Es scheint, dafs in diesem Falle die Papille eine gewisse Zeit hindurch eine zusammenhängende Haarmasse gebildet hat, dafs aber später diese Aktivität vollständig lahmgelegt worden ist, so dafs nur isolierte, ovoide Haarstückchen gebildet wurden." An einer anderen Stelle versucht Behrend übrigens auf folgende Weise diese Anomalie der Haare zu erklären:[24] „Die Knötchen ebenso wie die Internodien entsprechen ungefähr der Länge eines Follikels. Nehmen wir nun an, dafs bei dem vorliegenden Falle der Raum zwischen dem Haar und dem Haarfollikel nicht von Wurzelscheiden ausgefüllt war; der intrafollikuläre, noch nicht feste, verhornte Teil des Haares war demgemäfs dem Eindringen der Luft ausgesetzt und wurde infolgedessen rissig, und indem durch diese Risse die Luft eindrang, gelangte dieselbe an den peripheren Teil des Haares. Auf diese Weise äufserte sich die Einwirkung der Luft durch ein Austrocknen eines Teiles der Matrixzellen; eine gewisse Zone derselben ging ihrer Funktion der Haarbildung verlustig, und es

---

[21] Diskussion über Walter Smiths Vortrag, *Brit. med. Journ.* 1879. Vol. II. pag. 292.

[22] *Trans. Internat. med. Congress.* 1881. Vol. III. pag. 190.

[23] Behrend, *Über Knotenbildung am Haarschaft.*

[24] *Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde.* Bd. VIII.

resultierte daraus „ein Minus“ der Haarproduktion. Mit dem Aufwärtsrücken dieser durch die Fissurenbildung geschwollenen Teile mufs zu einer bestimmten Zeit das Orificium des Follikels in einem gewissen Grade gegen den forcierten Eintritt der Luft verschlossen worden sein und mufs somit die Entwickelung einer kompakteren Haarmasse gestattet haben; wenn diese dann durch fortschreitendes Wachstum das Orificium des Follikels erreichte, so gestattete sie wiederum infolge ihres elastischen Zustandes das Eintreten von Luft in den Follikel und veranlafste somit wiederum ein Spalten des Haares und Knötchenbildung, so dafs sich derselbe Prozefs von neuem abspielte. Eine derartige Erklärung jedoch setzt ein Fehlen der Wurzelscheiden voraus, über deren Beschaffenheit nichts Bestimmtes ausgesagt werden kann, da alle bisher untersuchten Haare abgeschnitten worden waren und die Untersuchung bei keinem Fall sich weder auf die Haarzwiebel noch auf die Papille erstreckte.“

Lessers:[25] Wegen des Vorhandenseins von Lichen pilaris nahm er an, dafs eine Erkrankung des follikulären Apparates vorliege.

Paynes:[26] Es war klar, dafs die Gebrechlichkeit der Haare ein ordentliches Wachsen unmöglich machte. Die eigentümliche Gestalt entsteht durch Atrophie der dünneren, nicht durch Hypertrophie der verdickten Teile. Vom genetischen Standpunkt aus betrachtet, dürfte der Zustand durch ein abwechselndes Fehlen und Vorhandensein von Wachstumsvorgängen in der Haarzwiebel, wodurch Alternierungen von normaler Gröfse (möglicherweise sogar auch geringer Hypertrophie) und von Atrophie bedingt werden. Dies wird durch die Untersuchung einiger nicht geperlter Haare bestätigt. Dieselben sind dünn, pigmentlos und offenbar atrophisch; überdies sind die Haarzwiebel, wenn sie, was selten der Fall ist, überhaupt zu sehen sind, offenbar atrophiert. Der ganze Zustand ist nicht eigentlich eine Krankheit, sondern vielmehr ein Mangel an Entwickelung, welcher beinahe kongenital ist und thatsächlich auf einem kongenitalen Defekt in den Bälgen, aus denen die zweite Saat von Haaren sich entwickeln sollte, beruhen mag.“

Abrahams:[27] „Die am meisten verbreitete Ansicht ist die, dafs die Affektion eher auf einem Entwickelungsfehler als auf einem pathologischen Zustand beruht, aber wenn man die Bazillentheorie acceptiert, so können wir es für möglich halten, dafs die Mikrobien bald nach der Geburt bei gewissen Fällen, wo das Haar naturgemäfs spärlich und schlecht entwickelt ist, in die Haare eindringen. Diese Theorie bedarf natürlich noch der Bestätigung.“

---

[25] *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1886. pag. 698.
[26] *Trans. Path. Soc. Lond.* 1886. Vol. 37. pag. 540.
[27] *Brit. Journ. Dermatol.* Vol. IV. pag. 21.

Nachdem wir somit die bisher publizierten Fälle von Monilethrix resümiert haben, soll jetzt der Bericht eines von mir seit ungefähr drei Jahren beobachteten Falles folgen.

Michael W., sieben Jahre alt, hatte nach Angabe der Mutter bei der Geburt „einen tüchtigen Kopf voll Haare, wie man oft bei Säuglingen sieht". Sie sagte ferner, dafs seine Augenbrauen wie „gestrichelt" ausgesehen hätten, als er auf die Welt kam. Gleich nach der Geburt fingen die Haare an auszufallen, und nach einem Monat war er vollständig kahl. Gleichzeitig mit dem Ausfallen der ersten Haare stellte sich ein Schatten von Nachwuchs ein. Sie beschreibt dies als „den goldenen Schatten eines Nachwuchses". Dieser Nachwuchs entwickelte sich nur auf dem Scheitel. Als er ungefähr zwei Monate alt war, erschienen auf dem Scheitel „kleine, rote Punkte" oder „ein kleiner, roter Ausschlag"; an jedem dieser Punkte fanden sich kleine Haarhalme.

Ich habe wiederholt den Kopf von diesem Knaben untersucht, aber es wird eine einzige Beschreibung genügen, denn seit ich ihn zum ersten Male sah, ist irgend eine wesentliche Änderung nicht eingetreten.

Auf dem ganzen Kopfe ist das Haar sehr kurz; die längsten Haare finden sich auf dem Scheitel. Die Haare sind von zweierlei Art; die eine derselben weist ein durchweg gleichmäfsiges Kaliber auf, die andere zeigt Knotenbildungen. Die längsten Haare, die man finden konnte, hatten eine Länge von ungefähr zwei Zoll; dieselben sind nicht knotig. Die knotigen Haare sind alle sehr kurz. Auf dem Scheitel und zu beiden Seiten des Kopfes finden sich die beiden Arten von Haaren, aber am Hinterkopf über dem Os occipitis sind alle Haare mit Knotenbildungen versehen und sind sehr kurz, indem einige nur eine oder zwei Linien über die Follikel hinausragen. Die Follikel, welche die kürzesten Haare enthalten, sind über die Oberfläche erhaben und bilden blafsrote, stecknadelkopfgrofse Erhöhungen — eine Art Keratosis pilaris. Bei einigen dieser Erhöhungen ragen keine Haare hervor, zum Zeichen, dafs sie noch nicht die Oberfläche erreicht haben. Dieser Zustand der Keratosis pilaris erstreckt sich vom Hinterhaupt abwärts bis auf den Nacken; es finden sich auch sonst hier und dort prominente Follikel an den übrigen Teilen des Kopfes und namentlich an beiden Seiten desselben. Der Unterschied zwischen den geperlten oder knotigen Haaren und den anderen ist leicht zu erkennen; die nodulierten sind dunkler und härter; die glatten sind weicher und von hellerer Farbe. Die knotigen Haare sind sehr brüchig, und die Fraktur findet an den Internodien statt. Es war mir nicht möglich, ein knotiges Haar mitsamt dem Follikel zu extrahieren.

Die Augenbrauen haben nur wenige Haare, und die Wimpern sind spärlich, aber es waren keine Knotenbildungen an diesen Stellen zu finden.

Die mikroskopische Untersuchung des Haarschaftes ergab bei den Knotenhaaren die gleichen Verhältnisse wie die von Walter Smith geschilderten.

Es ist nicht ohne Interesse zu bemerken, dafs dieser Knabe der jüngere Bruder von Walter Smiths zweitem Falle ist. Beim älteren Bruder sind die Haare auf der Kopfhaut von der gleichen Beschaffenheit wie früher.

Ein genaueres Eingehen auf die Familiengeschichte ergab, dafs aufser dem Falle von Walter Smith und meinem eigenen noch zwei andere Kinder, die jung starben, in ähnlicher Weise erkrankt waren. Die Grofsmutter meines Patienten mütterlicherseits war von ihrer Kindheit an kahl gewesen. Sein Mutterbruder hat schwaches Haar und ist gezwungen eine Perrücke zu tragen. In diesem Falle scheint demnach auch eine Familiendisposition zu solchen Affektionen zu bestehen in ähnlicher Weise, wenn auch nicht so deutlich ausgesprochen, wie dies bei McCall Andersons Kranken der Fall war.

Die Behandlung hat keine wesentliche Änderung in dem Zustand der Haare herbeigeführt.

Im Mai 1891 exzidierte ich ein Stückchen von der Kopfschwarte der linken Seite. Herr J. ALFRED SCOTT hatte die Güte dasselbe mikroskopisch zu untersuchen. Sein Bericht darüber lautet folgendermafsen:

Teil II. Histologische Untersuchung der Haut von Dr. WALLACE BEATTYs Fall, von Herrn J. ALFRED SCOTT.

Das exzidierte Stück Haut wurde in Alkohol gehärtet und alsdann in zwei gleiche Teile zerlegt; eine jede Hälfte wurde in Celloidin eingebettet, da diese Methode nötigenfalls eine Änderung in der Wahl der Färbemittel gestattete. Es wurden von beiden Stücken Serienschnitte angefertigt und zwar von dem einen vertikale, von dem anderen horizontale. Einige Schnittreihen wurden mit Karmin, andere mit Pikrokarmin gefärbt.

Die Untersuchung der Präparate ergab folgende Thatsachen.

Die Haarfollikel dringen verschieden tief in die Unterlage ein.

An allen Schnitten sind die Haarpapillen in der Entwickelung von Knoten begriffen.

Im Follikel finden sich wenigstens zwei Knoten und Internodien.

Die Mehrzahl der Haare sind zwar knotig, es finden sich aber einige wenige Haare von gleichmäfsigem Kaliber.

Die Verhältnisse von Knoten und Zwischenstücken sind Schwankungen unterworfen; bei einigen Haaren sieht man nur einen geringen Unterschied im Umfang zwischen diesen zwei Teilen, bei anderen ist der Gegensatz ein deutlicher.

Bei der Untersuchung der verschiedenen Schichten der Follikel und der Schnitte durch die Haare selbst ergiebt sich folgendes als bemerkenswert:

Bindegewebige Hülle des Follikels: Nichts Bemerkenswertes.

Stachelschichte des Follikels (äufsere Haarscheide): Nichts Abnormes. Ein bemerkbarer Dickenunterschied derselben bei den Knötchen und den Zwischenstücken scheint nicht vorhanden zu sein.

Innere Wurzelscheide. — a) HENLEsche Schichte: Dieselbe ist durchweg von gleichmäfsiger Dicke; sie besteht aus einer einzigen Lage von Zellen, welche normal sind. b) HUXLEYsche Schichte: Dieselbe ist an den Zwischenstücken entschieden dicker als an den Knötchen. Bei dem Photogramm von dem Querschnitt der Haare ist das eine Haar durch den Knoten, das andere durch das Zwischenstück getroffen. Man sieht, dafs die HUXLEYsche Schichte dort, wo das Haar von schmalem Kaliber ist, dick ist und vice versa. Wenn man einen Haarfollikel aussucht und die queren Serienschnitte desselben untersucht, so ist das genannte Verhalten leicht zu konstatieren; indem das Haar zu einem Knötchen anschwillt, wird die HUXLEYsche Schichte schmal, und wo das

Haar ein Internodium bildet, wird dieselbe dick. Der Umstand, daſs an vielen Querschnitten einige Haare an den Knötchen, andere an den Zwischenstücken getroffen sind, trotzdem, wie oben angegeben wurde, alle Papillen in der Entwickelung von Knötchen begriffen sind, erklärt sich durch die Verschiedenheit der Tiefe, bis zu welcher die Follikel sich erstrecken.

Cuticulum der Wurzelscheide: Vorhanden; normal.

Cuticulum des Haares: Dasselbe ist am ersten Zwischenstück oberhalb der Papille in Gestalt von länglichen, schräg aufsteigenden Zellen ganz deutlich zu sehen. Gegenüber von den Knötchen ist dasselbe nicht zu sehen.

Das Haar selbst: Wie oben angegeben, sind alle Haare aus den Papillen entsprossen. Beethaare finden sich nicht. Pigment ist sowohl in den Knötchen als auch in den Zwischenstückchen vorhanden und ist ziemlich gleichmäſsig verteilt. Auf einigen Schnitten finden sich auch Markzellen.

Ich habe auch einige Präparate auf Mikroorganismen untersucht, aber mit negativem Resultat, auſser natürlich solchen Mikroben, welche nomalerweise auf der Hautoberfläche zu finden sind.

Teil III. — Schluſsfolgerungen von Dr. Wallace Beatty und Mr. J. Alfred Scott.

Es scheint, daſs zu der einen Zeit die Haarpapillen der gesamten Kopfhaut Knötchen, zu der anderen Internodien bilden. Diese Vermutung tützt sich auf die Thatsache, daſs bei allen den in den Schnitten vorhandenen Haaren sich Knötchen auf den Papillen ruhend finden.

Die einzige Schichte, welche mit den Knötchen und Internodien wechselt, ist die innere Lage der inneren Wurzelscheide. Ob dieses in gewissem Grade auf mechanischen Ursachen beruht, indem die Matrix dieser Schichte zu der einen Zeit, während der Entwickelung des Knötchens, im Wachstum behindert ist, während zur Zeit der Entwickelung des Zwischenstücks die Zellen reichlich sich vermehren konnten, läſst sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Die Henlesche Schichte behält durchweg ihr gleichmäſsiges Kaliber bei. Vielleicht kann man (wie unser Freund Dr. Purser vermutet hat) diese Nichtbeteiligung der Henleschen Schichte an den Veränderungen dadurch erklären, daſs diese Lage fast unmittelbar oberhalb der Matrix verhornt und somit nicht lebend ist, während die Huxleysche Schichte längere Zeit hindurch protoplasmatisch und lebend bleibt.

Die Ansammlung von Pigment in den Knötchen, welche von verschiedenen Autoren an den Haarschaften bemerkt worden ist, ist eher scheinbar als wirklich. Wie bereits hervorgehoben wurde, zeigen Reihenschnitte der Haare, daſs das Pigment gleichmäſsig verteilt ist. Die

scheinbare Ansammlung an den Knötchen, die man bei der Untersuchung der ganzen Haare wahrnimmt, erklärt sich dadurch, daſs die Knötchen dicker sind und daher unterm Mikroskop dunkler erscheinen.

BEHRENDS phantastische Theorie, die oben angeführt wurde, daſs die Knötchen mechanisch entstehen infolge Eintritts von Luft in die Follikel und Spaltbildungen an den Haaren, wird durch zwei Thatsachen widerlegt:

1. Die Annahme, von der er ausgeht, daſs ein Haarfollikel immer nur einen Knoten enthalte, ist durch unsere Schnitte als irrig erwiesen.

2. Die Haare besitzen Oberhäutchen und Wurzelscheiden.

Daſs Mikroorganismen bei dieser Anomalie irgend eine Rolle spielen dürften, ist aus zwei Gründen höchst unwahrscheinlich:

1. Bei unserem Falle fanden sich keinerlei Mikroorganismen.

2. Eine derartige, regelmäſsige Aufeinanderfolge von Knötchen und Zwischenstückchen stimmt kaum mit der Wirkungsweise irgend eines solchen äuſseren Agens überein.

Es scheint vielmehr der Fall zu sein, daſs zur Zeit eines Wechsels im Typus der Haare diese eigentümliche Anomalie sich einstellen kann — in der Mehrzahl der Fälle bald nach der Geburt; bei WALTER SMITHS Fall zur Zeit der Pubertät. Bei UNNAS Fall schien ein Shok eine Typenänderung bedingt zu haben.

Wir sind deshalb der Ansicht, daſs diese eigentümliche Affektion auf irgend einer konstitutionellen oder nervösen Störung centralen Ursprungs beruht.

Zur Erläuterung der Tafel.

Das obere Photogramm stellt einen Querschnitt durch drei Haare dar.

Buchstabe *N* entspricht einem Haar, welches am Nodulus getroffen ist; die nnere Wurzelscheide ist von ungefähr normaler Dicke.

Buchstabe *I* entspricht einem Querschnitt des Zwischenstückes des Haares; die innere Wurzelscheide ist viel dicker als normal.

Buchstabe *D* entspricht einem normalen Lanugohaar.

Das untere Photogramm stellt einen Längsschnitt durch ein Knotenhaar dar.

Buchstabe *N* entspricht dem Knötchen; die innere Wurzelscheide ist dünn.

Buchstabe *I* entspricht einem Internodium; die innere Wurzelscheide ist sehr dick.

Beide Photogramme sind mit einem Objektiv No. 3 von HERTZ und einem ZEISS Projektionsokular No. 3 aufgenommen, somit bei einer Vergröſserung von 170 Durchmesser.

Addendum: — Bei der Drucklegung sind durch einen Irrtum beim oberen Photogramm die Buchstaben *I* und *D* vertauscht worden. Um gleiche Bezeichnungen bei beiden Photogrammen zu erhalten, wird der Leser ersucht dieselben dementsprechend umzuändern.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-NIEHEIM.)

Aus Dr. UNNAs Poliklinik in Hamburg-St. Pauli.

Bericht
über ihre Thätigkeit vom 1. Oktober 1891 bis zum 1. Juli 1892.

Von

Dr. ARTUR STRAUSS,
Assistenzarzt.

I.

Der folgende Bericht über die Thätigkeit der Poliklinik vom 1. Oktober 1891 bis zum 1. Juli 1892 beabsichtigt, die in einem System geordneten Krankheitsfälle der Zahl nach und, soweit sie ein besonderes Interesse gewähren, mit ihren Krankengeschichten und mit Bemerkungen über die in der Poliklinik befolgte Therapie wiederzugeben. Der Bericht kann füglich nur die klinische Seite berücksichtigen. Dafs in bakteriologischer und namentlich in histologischer Beziehung das Krankenmaterial eine reiche wissenschaftliche Ausbeute darbot, will ich nur erwähnen. Durch die zahlreichen Exzisionen kleinster Hautstückchen unter Ätherspray wurde ein gutes Material gewonnen. Zum Schlusse wird in tabellarischer Übersicht eine Statistik gegeben werden.

In der Folge soll nach jedem Halbjahr ein solcher Bericht erscheinen

1. Saprophyten.

Es kamen 27 Fälle von Pediculi capitis zur Behandlung. Die Fälle verteilen sich ziemlich gleichmäfsig auf das männliche und weibliche Geschlecht. Von besonderem Interesse erschien uns die Vereinigung von Pediculi mit seborrhoischem Ekzem; es wurde deshalb in jedem Falle von Ekzem der Kopf auf Pediculi untersucht. Unter ca. 200 Fällen von Ekzem waren nur 17 mit Pediculi capitis kombiniert. Eine Abhängigkeit derselben von Ekzem ist demnach nicht anzunehmen. Eine Wechselbeziehung zwischen diesen beiden Hautkrankheiten besteht aber insofern, als die Pediculosis leicht zu seborrhoischem Ekzem Veranlassung giebt. Allein das häufige Kratzen genügt, eine artifizielle Dermatitis zu erzeugen, aus welcher sich ein seborrhoisches Ekzem entwickelt. Dasselbe ist meist auf den Kopf beschränkt, beim weiblichen Geschlecht namentlich auf den Hinterkopf. Mehrere Male breitete sich dasselbe vom Kopf auf den Rumpf weiter. Dreimal fand sich aufser dem seborrhoischen Ekzem auch die Impetigo (BOCKHART) vor; bei der Unreinlichkeit der mit Pediculosis behafteten Individuen ist das gleichzeitige Auftreten von

Impetigines keine auffallende Erscheinung. Einmal war Psoriasis, einmal Acne pustulosa mit Pediculosis vereint. Die Erkrankten waren sämtlich Kinder im Alter von 3—14 Jahren, und bei weitem vorwiegend Mädchen.

Von mehreren anderen, durch Wanzen und Flöhe verursachten Hautaffektionen erwähne ich den folgenden Fall:

Eine eigentümliche Form von punktförmigen Hämorrhagien bot ein Mädchen von 7 Jahren dar. Es fanden sich auf den Wangen, namentlich in der Umgebung der Augen beiderseits symmetrisch stehende Petechien, welche unter Fingerdruck nicht schwanden. Das Kind war sonst vollkommen gesund. Purpura, Hämophilie, Verletzungen konnten durch die Anamnese und die Lokalisation der Petechien ausgeschlossen werden. Am Rumpfe fanden sich aber einige frische Flohstiche. Es handelte sich demnach um eine Purpura pulicosa, bei welcher die symmetrische Anordnung der Petechien und ihre Lokalisation in der Umgebung der Augen ungewöhnlich war.

2. Hyperämien.

Ein 14jähriges, sehr blühend aussehendes Mädchen zeigt auf beiden Wangen ohne scharfe Grenzen sich verlierende, seit Jahren bestehende hyperämische Flecke, welche auf Fingerdruck verschwinden. Die einzelnen hochroten Hautgefäfse sind deutlich zu erkennen. Keine Abschuppung. Einzige Klage: zeitweise Kopfschmerzen; sonst war Patientin stets gesund, litt nie an Herzklopfen.

Da sich hier organische Fehler als ätiologisches Moment nicht auffinden liefsen, konnte es sich nur um eine lokale Hyperämie, um eine Wallungshyperämie handeln, auf welche der lebhaft rote Gefäfsinhalt, sowie die zeitweise sich einstellenden Kopfschmerzen hindeuteten. Die Behandlung war eine allgemeine diätetische und körperliche; lokal wurden Pinselungen mit reinem Ichthyol vorgenommen.

3. Idioneurosen.

Ein 69 Jahre alter Mann litt an Pruritus hiemalis, ein 60 Jahre altes Fräulein an Pruritus universalis infolge von einem chronischen Nierenleiden. Es fand sich bei letzterem aufserdem ein aus vereinzelten, stark juckenden, erhabenen blafsroten Effloreszenzen bestehendes, diffus über den Rumpf verbreitetes Ekzem, welches sich aus einer durch beständiges Kratzen hervorgerufenen Dermatitis entwickelt hatte. Unter Tinctura Rusci heilte das Ekzem nach kurzer Zeit, während der Pruritus unverändert, trotz Behandlung der chronischen Nephritis, trotz des Teeres fortbesteht.

4. Angioneurosen.

In dieser Gruppe sind zunächst 10 Fälle von Perniosis zu erwähnen. Befallen waren meist Kinder von schwächlicher Konstitution. Namentlich

bei diesen wurde Übergang der Frostbeulen in Geschwüre beobachtet. 5% Natriumchloroborosumsalbe, Tumenolpflastermull, Oesypussalbenmull, Jod, Ichthyol, Jodoform, Bäder wurden angewandt. Einen besonderen Erfolg liefs aber keines der Mittel erkennen.

Zu den sogenannten Erythanthemen, d. h. Angioneurosen von angiogenem Ausbau, makulo-papulöser Grundform und bullöser oder urtikarieller Abwandlung (Unna) zähle ich 6 Fälle, von denen 2 das weibliche, 4 das männliche Geschlecht betrafen. Die Erkrankten standen zwischen dem 2. und 40. Lebensjahre. Das Erythema exsudativum multiforme Hebra sowie das Erythema nodosum sind nach Unna von den Erythanthemen streng zu trennen. Während er bei jenen allein eine Infektion annimmt, läfst er diese auf reflektorischem, toxischem Wege oder spontan entstehen und unterscheidet sie auch ihrem klinischen Verlaufe nach scharf voneinander.

Zu den Erythanthemen würde folgender Fall gehören:

E., 30 Jahre alt, Klempner, verheiratet, leidet seit 1½ Jahren an Urethritis, hat sonst noch keine Krankheiten durchgemacht. Als Klempner hat er viel mit Salzsäure zu arbeiten. Seine Frau ist gesund, hatte einmal Abortus, Ehe bisher kinderlos. Er ist im allgemeinen von gutartigem Charakter; wenn er sich aber sehr erregt, könnte er „seinen besten Freund totschlagen“. Vor etwa 1 Jahre traten zuerst an den Unterarmen allmählich sich vermehrende, rote Flecke unter Jucken und Brennen auf. Eine Schwitzkur brachte Linderung der subjektiven Symptome, die Flecke verschwanden, aber an anderen Stellen traten fortgesetzt neue Nachschübe auf.

Status praesens: Auf Streck- und Beugeseiten der Unterarme, auf den Oberarmen nur an den Streckseiten, ferner auf Streck- und Beugeseiten der Unterschenkel, weniger auf den Oberschenkeln und auf dem Gesäfse linsen- bis einpfennigstückgrofse, lebhaft rote, durch Fingerdruck erblassende Effloreszenzen, welche in der Mitte eine kleinere oder gröfsere Blase tragen oder zu einer in einer mehr dunkelrot gefärbten Vertiefung liegenden Kruste eingetrocknet sind. An den Armen sind die Effloreszenzen teilweise zu circa einmarkstückgrofsen Flächen, deren mittlere Teile dunkelrot, deren peripherische hellrot gefärbt sind, zusammengeflossen. Am Penis, namentlich auf der Eichel, und an den Lippen, finden sich Bläschen mit tiefrotem Wall und, besonders auf der Eichel, zahlreiche Erosionen. Die inneren Organe gesund. Die seit 1½ Jahren bestehende Urethritis war bisher vernachlässigt worden, nur im Anfang waren Injektionen gemacht worden. Innere Mittel hat Patient überhaupt nicht genommen.

Es besteht noch Morgentropfen. Während des Tages 6—7 mal Miktion, nachts Ruhe. Keine Schmerzen. Urinstrahl ziemlich kräftig. Urin in drei Portionen aufgefangen, mit zahlreichen kurzen Filamenten, welche aus

ziemlich gleichviel Leukocyten und Epithelien bestehen. Keine Gonokokken. Reaktion des Urins sauer. In dem nach einigen Tagen untersuchten Morgentropfen keine Gonokokken. Elektroskopischer Befund: Starke Rötung der Pars membranacea und Pars bulbosa. Mucosa geschwollen, radiäre Streifung nicht vorhanden, Mucosa mit einzelnen Ekchymosen besetzt. Falten teilweise verdickt, hie und da weifse epitheliale Auflagerungen. Die Injektion der Gefäfse nimmt nach vorn allmählich ab. An der Grenze von Pars membranacea und bulbosa eine breit aufsitzende dunkelrote Granulation.

Diagnose: Urethritis chronica polyposa.

Die Hautkrankheit war eine universelle und bestand aus Efflorescenzen, welche denen des typischen Erythema multiforme exsudativum Hebra sehr ähnlich waren, aber nicht dessen vorzugsweise auf die Handrücken und die Streckseiten der unteren Hälfte der Vorderarme beschränkte Prädilektion, nicht dessen klinischen Verlauf darboten.

Was die Ätiologie des Exanthems betrifft, so würde es hier am nächsten liegen, die chronische Urethritis als Ursache anzusprechen und das Exanthem als einen Reflexzustand zu bezeichnen. Als direkter Reiz mag auch die andauernde Beschäftigung mit Salzsäure fördernd auf die Hartnäckigkeit des Exanthems eingewirkt haben.

Auch in diesem ätiologischen Sinne aufgefafst, ist dieses Erythem zu den vom Erythema exsudatum multiforme Hebra abzutrennenden Erythanthemen (Unna) zu zählen und als eine reine Angioneurose aufzufassen. Aber es drängt sich auch hier der Gedanke auf, dafs ein infektiöses Agens, vielleicht das der chronischen Urethritis selbst, auf die peripheren Gefäfsnerven oder deren Zentralorgane einwirkte und, sei es bei angioneurotischer Disposition, sei es ohne diese, das Erythem erzeugte.

Jedenfalls besteht, solange wir über die infektiöse Natur aller dieser Erytheme nicht sicher unterrichtet sind, die Berechtigung, diese Art von Erythemen unter dem Sammelnamen „Angioneurosen“ zu rubrizieren.

Gemäfs der Abhängigkeit des Erythanthems von der Urethritis chronica war auch die Therapie unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes zunächst auf die Beseitigung dieser zu richten. Die Beschäftigung mit Salzsäure war zu verbieten und, ut aliquid fiat, auch das Exanthem direkt zu behandeln. Die Behandlung bestand in Ätzungen der Granulation mit Argentum nitricum in Substanz und Bepinselung der injizierten Schleimhaut mit fünfprozentiger Lösung von Argentum nitricum einmal wöchentlich. In der Zwischenzeit Injektionen von Thallin-Lanolin (5%) mit Spritze von Tommasoli. Nach den Ätzungen trat jedesmal stärkere Reaktion auf, Trüberwerden des Urins, Vermehrung des Ausflusses. Diese Behandlung wurde 1 Monat lang fortgesetzt, dann, nachdem die Granulation verschwunden war, noch mit Thallininjektionen (5%) und lokalen Argentum nitricum-Pinselungen (5%) abwechselnd fortgefahren. Die Zahl der Filamente nahm

immer mehr ab, nach Sistierung der starken Ätzungen blieb der Urin klar. Nach 40 Tagen fanden sich im 1. Morgenurin noch einige Filamente, der 2. Morgenurin war ohne Filamente. Abendurin: im 1. und 2 je ein kleiner Faden, meist aus Epithelien bestehend. Kein Morgentropfen mehr. Nach 2 Monaten Urin ohne Filamente. Endoskopisch findet sich nur noch eine leichte Injektion der Pars bulbosa, welche noch mit einigen Pinselungen mit Argentum nitricum (3%) behandelt wird.

Schon kurze Zeit nach Einleitung der Behandlung der chronischen Urethritis, nach ca. 14 Tagen, war das Exanthem unter gleichzeitiger Bepinselung der Effloreszenzen mit Ichthyol-Kollodium vollständig verschwunden und hat sich bis zum heutigen Tage nicht wieder gezeigt. Dieses Verschwinden des während eines Jahres in immer neuen Rezidiven hartnäckig wieder auftretenden Erythanthems kurz, nachdem mit der Behandlung der chronischen Urethritis begonnen war, spricht für den ätiologischen Zusammenhang der Erkrankung der Harnröhre und der Hautaffektion.

Vier weitere Fälle von Erythemen, welche durchaus dem klassischen von Hebra entworfenen Bilde von Erythema exsudativum multiforme entsprechen, sowie einen Fall von Purpura haemorrhagica werde ich unter den Infektionskrankheiten aufzählen.

Ich gehe zur Besprechung der Fälle von Urticaria über:

Amanda L., 13 Jahre alt, stellte sich am 4. Dezember 1891 in der Poliklinik vor: Mutter und Vater sind (nach Angabe der Mutter selbst) gesund; eine Tante des Kindes mütterlicherseits ist sehr nervös, litt sehr oft an Hautausschlägen, deren Natur durch die Anamnese nicht zu ergründen war. Zwei andere Kinder gesund. Patientin ist ein gefallsüchtiges, eigensinniges, leicht erregbares und unruhiges, aber geselliges Kind, litt in frühester Jugend an Krämpfen. Seit 2 Jahren entstehen im Anschlufs an einen Gelenk-Rheumatismus unausgesetzt im Frühjahr und Herbst plötzlich rote Flecke auf der Haut spontan oder bei Gebrauch von Seifen, namentlich Teerseife. Die Haut schürft sich an diesen Stellen ab, Absonderung von Flüssigkeit tritt ein. Das spontane Entstehen der Flecke hat die Mutter selbst beobachtet; auch in der Schule sollen sie mehrere Male aufgetreten sein, so dafs das Mädchen deshalb von der Lehrerin nach Hause geschickt wurde. Sie klagt oft über Kopfschmerzen, Schwindel, namentlich morgens; spricht viel im Schlafe.

Status praesens: Im Gesicht sind hochrote, geschwollene, schmerzhafte, namentlich auf Druck sehr empfindliche Stellen sichtbar. Auf den Armen, im Nacken, auf der linken Schulter, auf dem linken Oberschenkel zeigen sich Gruppen kleiner, mit feinen Schüppchen bedeckter, vielfach auf die Follikel begrenzter juckender Papeln von gelblicher Farbe und ohne entzündliche Veränderungen der sie umgebenden Haut. Aufnahme in die Klinik, aus welcher Patientin nach ca. 3 Monaten geheilt entlassen wird.

Am 16. Februar stellt sich Patientin in der Poliklinik wieder vor, ist aufgeregt, klagt über ein Gefühl von Kratzen, wie durch eine Stecknadel im Halse, zeigt Ovarie uud Anästhesie am ganzen Körper. In der Zwischenzeit traten, namentlich auf den Extremitäten, über Nacht rote Flecke auf, welche noch sichtbar und auf Druck sehr schmerzhaft sind. Aufserdem sind wieder Gruppen von dicht bei einander stehenden Papeln oben beschriebener Art nachzuweisen. Exstirpation kleiner Hautstückchen völlig schmerzlos.

Am 6. März zeigen sich neue Erythemflecke auf der Dorsalseite der Finger zwischen 2. und 3. Phalanx.

Am 7. März sind sie etwas abgeblafst, aber noch schmerzhaft.

Am 7. März nachts abermals neuer Ausbruch auf der Dorsalseite der 1. Phalangen mit Abschürfungen der Haut und leichter Blutung. Die Flecke sind parallel den Fingern streifenförmig angeordnet und sehr schmerzhaft. Es besteht aufserdem starke Ovarie, Druck auf den Scheitel schmerzhaft. Tastempfindung am ganzen Körper vollständig erloschen, Druckempfindlichkeit, elektrokutane Sensibilität und Temperatursinn herabgesetzt, an den erkrankten Hautstellen dagegen exzessiv gesteigert. Nadelstiche werden nicht gefühlt, selbst Durchstechungen der Haut schmerzlos. Ischämie deutlich ausgeprägt. Schleimhaut des Mundes und der Zunge ebenso auf Berührungen und Stiche unempfindlich. Kornealreflex erhalten, ebenso Niefsreflex. Geruchs- und Geschmackssinn scheinen normal zu sein. Auf der Haut läfst sich schreiben, es besteht Urticaria factitia.

In der folgenden Nacht sind auf der rechten Hand neue längliche, parallel stehende, schmerzhafte Erythemflecke aufgetreten. Auf den Unterarmen neue, symmetrisch stehende, herdförmige Eruptionen von Papeln. Erythem wieder sehr schmerzhaft. Am linken Zeigefinger eine durch Verletzung entstandene Erosion, welche nicht hyperästhetisch ist. Heute keine Anästhesie, elektrokutane Sensibilität normal. Dagegen Klagen über Schwachsichtigkeit. Eine von Herrn Prof. Deutschmann gütigst vorgenommene mehrmalige Untersuchung der Augen ergiebt, dafs zuerst Achromatopsie angegeben wurde und Einengung der Gesichtsfelder bestand; bei einer späteren Untersuchung wurden die Farben richtig erkannt, und es war keine Einengung des Gesichtsfeldes mehr zu konstatieren.

Am 9. März ist die elektrokutane Sensibilität wieder herabgesetzt. Keine neuen Flecke.

Am 16. Juni auf beiden Beinen stark schmerzende, symmetrisch stehende Erythemflecke, welche vor einigen Tagen sich bildeten und unter der Haut scharf abgrenzbare Knoten hinterlassen haben. Diese bestanden 1½ Wochen und sind seitdem nicht wiedergekehrt.

Am 5. Juli kommt Patientin mit der Bitte um Ausstellung eines Scheines in die Poliklinik, welcher sie zur Aufnahme in eine Ferienkolonie

berechtige. Vor kurzer Zeit litt sie abermals 5—6 Tage an Gelenkrheumatismus im rechten Sprunggelenk, welches nach ihren Angaben geschwollen gewesen sein soll, zeitweise auch an Kopfschmerzen. Hautaffektionen sind seit Verschwinden des Erythema nodosum nicht wieder aufgetreten, wie denn auch die objektive Untersuchung keines der früheren Symptome mehr erkennen läſst.

Daſs es sich im vorliegenden Falle nicht um Simulation handelte, so sehr auch die an einzelnen Tagen sich geradezu widersprechenden objektiven Befunde, das gefallsüchtige Wesen des Mädchens und die immer wieder von neuem sich zeigenden eigentümlichen Hautaffektionen, welche zunächst den Eindruck von willkürlich oder unwillkürlich gesetzten Erosionen machten, daran denken lieſsen, dafür sprachen zunächst die unter Zuziehung der Mutter aufgenommene Anamnese, zweitens aber die zahlreichen objektiven Symptome, welche sich im Verlauf der Erkrankung einstellten und ohne weiteres auf einen innigen Zusammenhang hindeuten. Die Krankheit begann unmittelbar nach einem akuten Gelenkrheumatismus, und wie ja gerade Rheumatismen Angioneurosen leicht zur Folge haben, so ist auch in diesem Falle die direkte Ursache zu den mannigfaltigen Symptomen in dem Gelenkrheumatismus zu erblicken. Dabei bestand aber eine starke Disposition. Erstens ist in der Familie Nervosität zu konstatieren gewesen; zweitens zeigt das Kind selbst ein so eigentümliches, unruhiges, zur Hysterie geneigtes Wesen, daſs unter solchen Vorbedingungen wohl ein Krankheitsbild wie das vorliegende zu stande kommen konnte: umschriebene Erytheme, Urticaria factitia, Erythema nodosum mit charakteristischen hysterischen Symptomen. Ob die mehrfach aufgetretenen Gruppen von Papeln ätiologisch auf dasselbe Grundleiden wie die übrigen Hautaffektionen zurückzuführen sind, wie es meine Auffassung ist, oder ob es sich, nach Herrn Dr. Unnas Anschauung, um eine eigentümliche, unabhängig von der Hysterie entstandene Hautaffektion handelt, bleibe dahingestellt. Ein besonderes Interesse bieten auch die eigentümlichen, oberflächlich erodierten Erythemflecke der Haut mit ihrer starken Hyperästhesie bei Anästhesie der übrigen Haut. Für diese giebt die hysterische Grundlage aber, auf der sich das Krankheitsbild entwickelte, eine ausreichende Erklärung. Leicht mag die anästhetische Haut bei der Unruhe des Kindes durch unwillkürliches Scheuern an umschriebenen Stellen der Hände während des Schlafes oder bei Tage ihre Epidermis verloren haben. Die dann sich einstellende Hyperästhesie der erodierten Stellen ist aber auch nur ein Symptom der Hysterie. Indessen auch ein unwillkürliches Entstehen ist möglich; man braucht nur an die sog. Stigmata zu denken, an welche die auf der Dorsalseite der Finger sichtbaren Erosionen erinnerten.

Die Therapie muſste sich hauptsächlich gegen das Grundleiden richten, gegen die Hysterie, prophylaktisch gegen den Gelenkrheumatismus;

Die Mutter wurde auf eine zweckmäſsige Erziehung des Kindes hingewiesen. Die anästhetische Haut wurde mit dem Pinsel oftmals faradisiert und zugleich suggestiv in der Weise eingewirkt, daſs ihr eingeredet wurde, es würden fürderhin keine roten Flecke wieder auf der Haut entstehen etc. Dabei wurden Bleiwasserumschläge auf die hyperästhetischen Stellen angeordnet. Im Anfang trotzte das Leiden der Therapie. Es traten immer wieder neue Erscheinungen auf, bald ein Erythem, bald ein papulöser Ausschlag, bald eine Urticaria factitia, zuletzt ein Erythema nodosum. In letzter Zeit ist die Patientin von ihren Beschwerden befreit geblieben, und es ist zu hoffen, daſs der ihr gewährte Landaufenthalt weiterhin nutzbringend einwirke.

Eine überaus ausgeprägte Urticaria factitia bot ein 24jähriges Mädchen dar, welches in früher Jugend an Masern und Bräune, im 9. Lebensjahre an Entzündung des linken Kubitalgelenkes gelitten hatte. Dieses ist in rechtwinkliger Stellung ankylotisch. Die Muskulatur des Armes ist atrophisch. Seit mehreren Jahren litt sie, namentlich nachts, an reiſsenden Schmerzen im Hinterkopf und im Gesicht. Dadurch starke Mattigkeit, Unlust zur Arbeit. Seit dem 13¹/₄. Lebensjahre Dysmennorrhoe und Chlorose. Patientin, die den Haushalt ihres Vaters leitet und sich mit Nähen beschäftigt, ist sehr nervös, regt sich über Kleinigkeiten leicht auf. Seit 1 Jahr leidet sie an Nesselauschlag, welcher sich namentlich abends und im Bett spontan, besonders bei Berührungen des Körpers, bei Waschungen einstellt. Unter brennendem Gefühl entstehen rote Flecke am ganzen Körper, besonders auf dem Leibe, die sich schnell zu Quaddeln ausbilden. Obst, Speisen ohne Einfluſs. Allgemeinbefinden gut.

Urticaria factitia läſst sich überall auf dem Körper leicht hervorrufen. Es tritt zunächst als unmittelbarer mechanischer Effekt ein anämischer Strich auf, an den sich eine rote, in der Spaltungsrichtung der Haut ausstrahlende Zone anschlieſst. Dann zeigt sich auch, infolge des durch den Druck hervorgerufenen Idiospasmus der Gefäſse, Rötung im Strich und allmählich starke Quaddelbildung (Unna). Hier genügt zunächst also der äuſsere Druck, ja nur leichte Berührung, um bei der höchst nervösen und anämischen Person eine Urticaria factitia hervorzurufen. Die überaus groſse allgemeine Empfindlichkeit kommt bei ihr in der starken Reaktion, welche die Gefäſsnervenendigungen, resp. ihre Ganglien äuſseren Einflüssen gegenüber darbieten, zu drastischem Ausdruck.

5. Traumatische Entzündungen.

Drei Verbrennungen betrafen nur leichtere Fälle 1. und 2. Grades. 5% Ichthyololivenöl, 5% Natrium chloroborosum-Lanolinsalbe dienten als Deckmittel. Auf die therapeutischen Versuche mit Natrium chloroborosum werde ich des näheren bei Besprechung des Ekzems zurückkommen.

Auch die Verletzungen waren meist leichter Art; sie bestanden meist in Hauterosionen, die durch Fall, Wurf, Druck von Fingerringen, Schuhen etc. veranlafst waren und unter Bedeckung mit Bor-, Zinkoxyd-, Jodoform-, Natrium chloroborosum-Pflastermullen schnell heilten.

6. Neurotische Entzündungen.

Zur Beobachtung kamen 3 Fälle von Herpes zoster, 2 von Herpes labialis, 2 von Herpes praeputialis.

Der folgende Fall verdient genauer mitgeteilt zu werden:

Dora E., 11 Jahre alt, leidet seit einiger Zeit an Obstipation, anfallweise an Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Hitze und zeitweise an starkem Schwitzen. Am Tage, bevor sie sich vorstellte, entstand unter Brennen auf dem Scheitel, etwas später auch über dem linken Auge eine Gruppe von Bläschen, welche später einen roten Hof erhielten, eintrockneten und Krusten bildeten.

Auf dem Scheitel links von der Mittellinie und auf der linken Augenbraue sind mehrere Gruppen von Effloreszenzen beschriebener Art sichtbar. Es besteht noch Jucken und Brennen. Druck auf den linken Nervus supraorbitalis schmerzhaft. Zwei Tage später sind einzelne neue Bläschengruppen sowohl auf dem vorderen linken behaarten Kopfteil, als auch unmittelbar über dem linken Auge sichtbar. Während der Untersuchung tritt plötzlich eine starke halblinksseitige Hyperhidrosis des Kopfes auf.

In den nächsten Tagen blafsten die Effloreszenzen immer mehr ab. Die Allgemeinerscheinungen besserten sich ebenfalls; nach 7 Tagen war auf dem Scheitel nur noch etwas Rötung zu erkennen.

Eine Infektion oder Intoxikation als Ursache dieses auf den Nervus supraorbitalis beschränkten Herpes zoster anzunehmen, dafür liegen keine Anhaltspunkte vor. Näher liegt es, die Neuralgie dieses Nerven, vielleicht gar einen rein entzündlichen Vorgang, mochte er nun im Ganglion Gasseri oder im Verlauf des Nerven sich abspielen, als Ursache anzunehmen. Für die letztere Annahme spricht die auf den Nervus supraorbitalis beschränkte Hyperhidrosis; denn da dieselbe auf eine Mitbeteiligung des Sympathicus an dem krankhaften Prozefs hindeutet, der Ramus ophthalmicus, zu welchem der Nervus supraorbitalis gehört, aber seine sympathischen Fasern nicht vom Ganglion Gasseri, sondern aus dem Plexus cavernosus während seines peripheren Verlaufes erhält, so mufs auch der Sitz der Affektion sich im peripheren Ende des Nerven befinden.

Zur lokalen Therapie des Herpes zoster bemerke ich, dafs sich das Ichthyol nicht nur als ein gutes Deck- und Schutzmittel, sondern auch als ein Mittel gezeigt hat, welches die subjektiven Beschwerden der Erkrankung wesentlich lindert, wenn es auch die Effloreszenzen selbst nicht schneller zum Schwinden bringt.

(Fortsetzung folgt.)

Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut.

Von

Dr. Ludwig Török
in Budapest.

(Schluſs.)

Die Autoren, deren Arbeiten nun referiert werden sollen, erklärten sich gegen die Auffassung der uns beschäftigenden Gebilde als Protozoën.

Kiener (X. internat. med. Kongreſs in Berlin, Sektion für allg. Pathologie und pathologische Anatomie) fand in den meisten Epitheliomen, aber auch über entzündlichen Wucherungen Epithelzellen, deren Protoplasma eine glasige Umwandlung einging und die in ihrem Innern Reste des Kernes, häufig von einem hyalinen Saume umschlossen, bargen. Der Kern bestand aus einer unregelmäſsigen, strukturlosen Chromatinmasse von verschiedener Gröſse; oft war er vollkommen atrophiert. Auch die Zelle war von einem hyalinen Hofe umgeben; oft lagen mehrere solche Zellen innerhalb eines gemeinsamen hellen Saumes. Ob dieser helle Saum durch eine Umwandlung der periphersten Schichte der Epithelzellen entsteht oder von den benachbarten Epithelzellen abgeschieden wird, konnte K. nicht entscheiden.

Auſserdem fand K. in Karzinomen mit multinukleären Riesenzellen noch die folgenden zwei Arten von Gebilden, welche er auf eine Anomalie der Karyokinese zurückführt:

a) Es kann geschehen, daſs inmitten eines Epithelnestes eine Zelle sehr umfangreich und rund wird, so daſs sie die benachbarten Zellen komprimiert, welche nun scheinbar eine Cystenwand um dieselbe bilden. Ihr Kern wird dabei sehr reich an Chromatinfäden. Nun fand K. neben solchen Zellen andere, deren Entwickelung durch die glasige Umwandlung gestört wurde. Ihr Kern, anstatt die Karyokinese durchzumachen, ballte sich zu einer oder zwei intensiv färbbaren Massen zusammen, um welche sich eine glasige, durch Pikrinsäure gelb gefärbte Zone kondensierte, während die Randschichte der Zelle ganz durchsichtig wurde.

b) Zuweilen geht ein ähnlicher Prozeſs in einer mehrkernigen Zelle vor sich. Ein Kern derselben wird chromatinreicher, er bildet das Zentrum der endogenen Bildung einer Epithelzelle. Auch dieser Prozeſs kann durch glasige Degeneration inhibiert werden, und es findet sich dann ein ähnliches Gebilde, wie das unter a) beschriebene inmitten einer mehrkernigen Zelle.

K. erklärt sich auf Grund dieser Resultate gegen die Berechtigung der Auffassung dieser Gebilde als Protozoën.

Firket (X. intern. med. Kongreſs in Berlin, Sektion f. allg. Path. u. path. Anatomie) beobachtete an der Oberfläche einer fibrösen Geschwulst der Analgegend mehrere Herde von zellengroſsen, abgerundeten, hyalinen Massen, die sich zwischen den sonst wenig veränderten Zellen des Rete Malpighi fanden. Dieselben besaſsen keinen Kern, enthielten aber mehrere schwarze Kügelchen. F. hält diese Gebilde für Degenerations- resp. Exsudatmassen. Er weist aber auf die Analogie hin, welche zwischen diesen und den als Parasiten gedeuteten hyalinen Massen der Hautkankroide besteht.

Borrel (Signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes, *Arch. de médecine expérimentale.* 1890. 2. pag. 786) untersuchte Geschwülste epithelialen Ursprungs auf „Coccidien"; er überzeugte sich, daſs die Bilder, welche als Coccidien gedeutet wurden, ohne besondere Schwierigkeit, auch ohne Intervention der parasitären Hypothese erklärt werden konnten. Er beschreibt 1. membranlose oder von einer Membranmasse umgebene, aus körnigem Protoplasma und gut färbbarem, häufig multilobärem Kern bestehende Gebilde, welche oft durch ihr radiär gestricheltes Protoplasma ihre Zugehörigkeit zu den benachbarten Epithelialzellen anzeigen. Diese liegen oft intrazellulär und sind dann Produkte einer endogenen Zellbildung. 2. Formen, welche auf eine hyaline Degeneration bezogen werden müssen. Dies sind Elemente von verschiedener Form, hyalin, glänzend, manchmal die Spuren eines Kernes aufweisend, welche sich mit Kernfarben nicht färben und Gruppen (retikulierte „globes epidermiques") bilden.

In seinem Artikel: „Über Einschlüsse in Epithelzellen" (*Fortschr. d. Medizin.* 1890. VIII. No. 17, S. 657) warnt Eberth vor allzugroſser Eile im Nachweis besonderer Organismen als Erreger des Karzinoms. Er sah sich zu diesem Warnruf veranlaſst durch die schon zitierte Arbeit von Steinhaus: „Über parasitäre Einschlüsse in den Pankreaszellen der Amphibien". Auf Grund seiner im Vereine mit Dr. Curt Müller gemachten Untersuchungen weist nun Eberth nach, daſs diese früher als Nebenkerne gedeuteten Gebilde durch „eine Art Verquellung und Verklumpung des Zellgerüstes" hervorgerufen werden. Ähnliches hat, wie Eberth erwähnt, auch Czermak in den knorpeligen Pflugscharbeinzellen des Kalbes und Solger in den Knorpelzellen des Schultergürtels vom Hechte gesehen. Bei den Befunden an den Pankreaszellen vom Salamander sind nach Eberth Plasmodien oder Cytozoën keinesfalls im Spiel.

Klebs (Über das Wesen und die Erkennung der Karzinombildung. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 24, 25, 32) überzeugte sich davon, daſs die in den Krebsgeschwülsten vorhandenen hyalinen Massen keine

Lebewesen seien. Ausgehend von dem Satze, daſs organisierte Wesen nur durch den Nachweis ihrer Entwickelung erkannt werden können, stellte er Impfversuche mit Krebsmaterial an, welches diese hyalinen Massen enthielt. Während nun in einem Falle die Epithelzellen nach ihrer Transplantation auf Ratten eine Zeit lang noch Zeichen von Proliferation aufwiesen (Mitosen), konnten an den hyalinen Massen keine weiteren Veränderungen — weder quantitative, noch qualitative — wahrgenommen werden.

Die in den Kernen vorhandenen gröſseren, intensiv färbbaren Gebilde hält KLEBS auf Grund ihrer tinktoriellen Eigenschaften, trotz ihrer unregelmäſsigen Form, für Nukleolen.

SHATTOCK und BALLANCE (A short record of work done on the pathology of cancer during last few years. *The britisch med. Journ.* 1891. S. 565) fanden RUSSELS „fuchsine-bodies“ auch in tuberkulösen Lymphdrüsen, diphtheritischen Tonsillen, im Froschblut und in einem Thrombus. Sie glauben, daſs dieselben eine Form der Eiweiſskoagulation darstellen, welche manchmal im Zellkern, ein anderes Mal im Zellleib oder in der ganzen Zelle, oder auch auf gröſseren Strecken des Gewebes auftritt.

SCHÜTZ (Über die protozoën- und coccidienartigen Mikroorganismen in Krebszellen. *Münchener med. Wochenschr.* No. 35. 1890) beobachtete, daſs extravasierte, rote Blutkörperchen in Krebszellen und deren Kerne eingedrungen waren, dort verschiedene Formveränderungen eingingen, zum Teile zu gröſseren hyalinen Kugeln konfluierten. Dabei war die Färbbarkeit der Blutzellen des in FLEMMINGscher Lösung fixierten Präparates, infolge der Einwirkung der Fixationsflüssigkeit, an verschiedenen Stellen des Präparates eine verschiedene. Er ist geneigt, einen Teil der als „Plasmodien etc.“ gedeuteten Figuren auf solche rote Blutzellen zurückzuführen. Die als Sporencysten beschriebenen Gebilde dürften nach ihm Metamorphosen darstellen, welche rundliche Leukocytenhaufen im Zentrum von nicht mehr ganz jungen Krebszellenzügen hie und da durchmachen.

RIBBERT (Über Einschlüsse im Epithel bei Karzinom. *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 42, S. 1179) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultate, daſs die fraglichen Gebilde nichts anderes als umgewandelte resp. degenerierte Epithelzellen oder deren Kerne darstellen. Die Degeneration beginnt entweder an einer beliebigen Zelle des Karzinoms, oder an einer „eingeschachtelten“, d. h. an einer Zelle, welche von kugelschalenartig umgeformten Zellen, aber auch in manchen Fällen von einer protoplasmatischen Zelle umfaſst wird. In letzterem Falle ist entweder die umgriffene Zelle kleiner als die benachbarten, oder die umschlieſsende Zelle hat an Gröſse übermäſsig zugenommen, wobei die kleinere nicht in dem Zellleib, sondern in einer Aushöhlung des letzteren liegt. Die eingeschlossene Zelle wird nun kleiner, ihr Protoplasma

verdichtet sich, wird trüber und hyalin, wobei infolge der Verkleinerung um dieselbe ein Hohlraum entsteht. Der Kern verschmilzt mit dem Protoplasma, oder er wird wohl homogen, behält aber seine Färbbarkeit. Tritt diese Umwandlung an grofsen Zellen, oder an Riesenzellen auf, dann können die verschieden gestalteten, homogenen Gebilde, welche das Endresultat dieser Umwandlung bilden, auch erheblich gröfser als die benachbarten Zellen sein. Die degenerierenden Zellen können einen fein gestreiften Rand besitzen, welcher den Zellstacheln entspricht. Die doppelte Kontur der Vakuole wird durch die benachbarte Zelle gebildet. Die eingeschlossene Zelle kann auch körnig zerfallen, oder es kann vorkommen, dafs grofse Vakuoleneinschlüsse wieder eine kleinere Vakuole mit homogen umgewandelter Zelle umgreifen. In einem Harnblasenkrebse fand R. Formen, wie sie von SJÖBRING als Sporencysten beschrieben wurden, d. h. Häufchen von 6—12 enge zusammenliegenden Vakuolen, von denen jede Körnchen, oder je ein rundes oder ovales Gebilde enthielt. Diese lagen in grofsen Zellen, oder Riesenzellen. Gekrümmte Gebilde, wie SJÖBRING sie beschreibt, hat R. in den Vakuolen nicht gefunden. Was die Genese dieser Formen anbelangt, so glaubt R., dafs sie keineswegs parasitärer Natur sind; es sind metamorphosierte Kerne. Dieselben werden homogen, während das Protoplasma um dieselben zerfällt. Oder sie schrumpfen für sich. Der Raum, den die Kerne früher einnahmen, vom Zellprotoplasma begrenzt, erscheint nun als Vakuole. Oder die Kerne quellen auf und formen die Vakuolen, während die Nukleolen oder verquollene Chromatinbalken den Inhalt der letzteren darstellen.

In den degenerierenden Krebszellen fand R. des weiteren Bilder, welche als unvollkommene mitotische Prozesse gedeutet werden mufsten, unter anderen Formen, die als homogene Umwandlung der zerstreuten Teile einer Riesenmitose, oder vielleicht auch als Zerfallsprodukt eines grofsen Kerns, oder auch mehrerer kleiner gedeutet werden mufsten. Diese Gebilde werden mit dem Fortschreiten der Metamorphose immer undeutlicher, aber noch lange konnte R. kleine Gruppen von Chromosomen durch Färbung nachweisen. Man findet übrigens ähnliche Figuren auch in anderen Epithelien.

KLIEN (Über die Beziehung der RUSSELLschen Fuchsinkörperchen zu den ALTMANNschen Zellgranulis. *Beiträge z. path. Anat.* etc. von ZIEGLER. 1891. XI. Bd., H. 1, S. 125) sah die „fuchsine bodies“ das erste Mal in einem Falle von multiplem Sarkom. Sie waren 0,5 — 19 μ grofs, rund, homogen, lagen zwischen und in den Zellen; in Gruppen, wenn sie klein, einzeln, wenn sie grofs waren; sie waren von einem lichten Hof umgeben. KL. fand diese Körperchen des weiteren in Karzinomen, Adenomen, Ovarialcystomen, bei Tuberkulose, ferner in der Nebenniere, Lunge und Leber eines an Marasmus senilis verstorbenen 70jährigen Mannes, in

einem Sarkom der Lymphdrüse und einem Lymphosarkom etc. KLIEN überzeugte sich davon, daſs diese Gebilde innerhalb gewisser Grenzen identisch seien, sowohl nach Gröſse, als auch nach ihren Färbreaktionen mit den ALTMANNschen Zellgranulis. Diese Annahme wurde von ALTMANN selbst, der einen Teil der KLIENschen Präparate durchsah, einen Teil der Fälle selbst untersuchte, bestätigt. In einem Anhange fügt KLIEN noch hinzu, daſs er aus den dem Artikel RUSSELLS beigefügten Holzschnitten ersehe, daſs der letztere auſser den von ihm untersuchten Zellgranulis noch andere intrazelluläre Gebilde beobachtet hat, welche mit den vorigen, ihre Fuchsinreaktion abgerechnet, nichts gemein haben.

KARG (Über das Karzinom. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Bd. XXXIV., S. 133) hat die „Karzinomparasiten“ in einem Falle von PAGETS Disease und in verschiedenen Karzinomen untersucht. Bei der ersteren weist er nach, daſs der Prozeſs nichts anderes sei, als ein oberflächliches Karzinom, bei welcher die krankhafte Wucherung des Epithels erst spät das Bindegewebe durchbricht. An diesem Oberhautepithel lieſsen sich nun Veränderungen nachweisen, welche von K. als die Umwandlung desselben in Karzinomzellen gedeutet werden. Die Zellen werden groſs, verlieren ihre Stacheln und bekommen ein helles Protoplasma. Ihre Kerne sind gröſser, als die der normalen Retezellen, sind dunkler gefärbt und besitzen ein dickfädiges Chromatingerüst. Sie machen den Eindruck, als wenn sie sich sämtlich im ersten Stadium der Karyokinese, der Knäuelbildung, befänden. Vielfach treten in solchen geblähten, hellen Zellen Mitosen auf, bei welchen K. keine Abweichung vom normalen Typus der Kernteilung wahrgenommen hat. KARG behauptet, daſs WICKHAM die groſsen Kerne als Parasiten, das lichte Protoplasma aber als hellen Hof um dieselben gedeutet hat.

Groſse, homogene Schollen, ohne Stachelpanzer, mit Andeutungen des Kernes und der Kernkörperchen, fand K. in Krebsalveolen einzeln und in Gruppen, aber auch in drei Fällen verruköser Hauttuberkulose, hie und da in der gewöhnlichen Hautwarze, auch im gewucherten Epithel über einem Melanosarkom. Diese Schollen entstehen aus dem wuchernden Epithel, welches einer regressiven Metamorphose unterliegt.

Die RUSSELschen Körperchen fand K. auch in einem Falle von Hauttuberkulose. Er hält dieselben für Zellgranula. Manchmal können dieselben selbst den Zellkern verdecken.

NÖGGERATH *(Beiträge zur Struktur und Entwickelung des Karzinoms,* Wiesbaden, 1892) konnte das von verschiedenen Autoren als Protozoon gedeutete, bläschenförmige Gebilde, welches den Kern abplattet und bei Karmin oder Hämatoxylinfärbung als etwas von dem Kerne verschiedenes erscheint, vermittelst Anilinfarben färben. Der Kern schied sich in zwei Substanzen, von denen die eine noch durch Karmin färbbar war, die

andere aber das Violett z. B. annahm (erythrophile und cyanophile Substanz). Während dieses Bläschen, ein Degenerationsprodukt des Kernes, sich vergröfsert, verdichtet sich anfangs die Chromatinsubstanz des Kernes an seiner Grenze. Später zerbröckelt sie sich, und ihre Partikelchen zerstreuen sich sowohl in dem Bläschen, als in dem Zellprotoplasma. Wenn das Bläschen so angewachsen ist, dafs es den ganzen Zellleib okkupiert, dann ist der Kern ganz verschwunden, höchstens einzelne Chromatinkörner sind in dem Bläschen enthalten. Gleichzeitig werden von der infolge dieser Veränderung angeschwollenen Zelle die benachbarten Zellen komprimiert, event. ihr Kern plattgedrückt, und es gewinnt den Anschein, als sei ein runder, granulierter Körper (der WICKHAMsche corps rond) in einer Epithelzelle enthalten, deren Kern er beiseite gedrängt hat. Dieser Körper liegt jedoch extrazellulär.

In einem Falle (exulzeriertes Kankroid der Ventralgegend) fand N. wirkliche Protozoen, d. h. rundliche, grofse Gebilde mit homogenem Kern, nebst kleinen, kernlosen Kugeln. Diese lagen aber nicht im Krebsgewebe, sondern in einem Sacke, welcher mit einer körnigen Masse erfüllt war.

Die SJÖBRINGschen sporenhaltigen Cysten hat N. an Präparaten SJÖBRINGS zu studieren Gelegenheit gehabt; er erklärt dieselben hervorgegangen aus degenierenden Epithelzellen, welche miteinander verschmelzen, während ihre Kerne ausgelaugt werden, ihre Nukleolen und Chromatinbälkchen eine Zeit lang aber noch färbbar bleiben. Zeitweilig fanden sich vollkommen farblose Kerne, welche helle Blasen darstellten; ein anderes Mal Stellen, wo die SJÖBRINGschen Sporen sich neben noch gut erkennbaren Kernen in einem Zellenkonvolut, an welchen die Zellkonturen noch nicht vollkommen verschwunden waren, befanden.

Die kleineren SJÖBRINGschen intranukleären und interzellulären Sarkoden hält N. für identisch mit den RUSSELschen intra- und interzellulären Fuchsinkörperchen. Diese entstehen, seiner Meinung gemäfs, nach Scheidung der Kernsubstanz in die beiden verschieden färbbaren Substanzen, bei Kernen, wo die fuchsinophile (erythrophile) Substanz vorherrscht, aus der letzteren, hauptsächlich aber aus den Nukleolen, gelangen in den Zellleib, aber auch aufserhalb des letzteren.

Was die im Karzinom vorhandenen Wanderzellen anbelangt, so ist N. der Meinung, dafs ein Teil derselben von den Endothelien der Gefäfse, ein anderer von proliferierenden fixen Bindegewebszellen, ein dritter von den Leukozyten geliefert wird. Hierdurch werden die Befunde S. van HEUKELOMS über nur wenig vom Typus der Leukocyten abweichende Zellen erklärt.

N. giebt auch noch einen histologischen Vergleich der Krebsparasiten mit dem Coccidium oviforme, welcher auch zu Ungunsten der Krebspsorospermien ausfällt.

Auf dem fünften Kongresse der französischen Chirurgen referierte Dentu (*La semaine médicale*. 1891. 11. Avril, p. 150) die Resultate der Untersuchungen von Fabre-Domergue, nach welcher die als Coccidien aufgefafsten Gebilde der Epithelperlen, sowie die runden Körper, welche frei in Krebsnestern liegen, nichts anderes seien als modifizierte Epithelien. Die Russelchen Körperchen sind Produkte einer Zellfragmentation.

Pilliet (Sur quelques formes de dégénérescenses épithéliales rappelant les coccidies. *Tribune médicale*. 1891. 4. Juin. p. 360) beschreibt degenerierte Zellen, welche morphologisch vollkommen den von Darier, Malassez, Wickham und Albarran beschriebenen, doppelt konturierten, glänzenden, mit Kern und körnigem Protoplasma versehenen Coccidien entsprechen, in den Hasselschen Körperchen der Thymus und in der balanopräputialen Furche des Neugeborenen, also unter Verhältnissen, wo an Coccidien nicht zu denken war.

Nach Cazin (*Semaine médicale*. 1891. 26. Août. p. 354. Les sporozoaires) sind die in den Epithelperlen gefundenen coccidienartigen Gebilde nichts anderes als degenerierende Epithelien mit verdickter, häufig strahlenförmig gestreifter, glänzender Membran und um 1—2 Kerne mehr oder weniger retrahiertem Protoplasma. Die benachbarten Epithelien lagern sich dachziegelförmig um die zentrale Zelle. Andere Formen lassen sich auf unregelmäfsig ablaufende, karyokinetische Vorgänge der Epithelien beziehen. Er weist noch darauf hin, dafs man bisher keine Zeichen der Vermehrung an diesen Gebilden wahrgenommen hat, und doch kann man bei der grofsen Anzahl derselben in Krebsen nicht annehmen, dafs alle eingewandert sind. Will man des weiteren annehmen, dafs sie die Krebswucherung verursachen, dann müfste man eine parallel mit der Verbreitung der Geschwulst gehende Vermehrung an ihnen wahrnehmen. Die Russelschen Körperchen, welche er und Letulle bei den verschiedensten, nicht-krebsigen Prozessen gesehen haben, erklärt er für eine Art hyaliner Degeneration, welche besonders häufig bei chronisch-irritativen Prozessen des Bindegewebes konstatierbar ist.

Wenn wir das im obigen referierte Material überblicken, so können wir nicht umhin, den Verfechtern der parasitären Theorie den Vorwurf zu machen, dafs sie — wohl nicht in ihren Untersuchungen, aber in der Deutung ihrer Befunde — in ihren Folgerungen zu rasch und nicht mit der nötigen Vorsicht vorgegangen sind. Bedenken wir, dafs es bisher nicht gelungen ist, die fraglichen Gebilde zu isolieren und zu kultivieren, dafs bei mehrfach versuchten Transplantationen von Krebsmaterial die weitere Entwickelung derselben ausblieb, dafs Lebenserscheinungen an ihnen noch nicht wahrgenommen wurden, mit Ausnahme derjenigen, bei welchen eine andere Deutung unabweisbar war (s. z. B. Karg), — bedenken wir also, dafs nichts anderes als die äufsere

Ähnlichkeit gewisser Zelleinschlüsse mit einzelnen Entwickelungsformen der Protozoën die einzige Stütze der parasitären Auffassung ist, dann müssen wir immer strenger darauf dringen, dafs wir die uns bekannten Eigenschaften der Protozoën, sowohl was ihre Morphologie, als auch ihren Entwickelungsgang betrifft, auch hier ausnahmslos auffinden, dafs überdies in den uns vorgeführten Entwickelungsreihen kein einziges Stadium sich als gezwungen und in leichter Weise anders deutbar erweise, die Möglichkeit, dafs wir es mit andersartigen Zelleinschlüssen oder Degenerationsprodukten zu thun haben, wenn nicht ausgeschlossen, so doch nicht gut annehmbar erscheine. Ich kann nicht genug betonen, dafs dieser Standpunkt den Zelleinschlüssen gegenüber bei der gegenwärtig einzig möglichen Untersuchungsweise strenge einzuhalten ist, und ich würde es für verfehlt halten, schon gegenwärtig nach Lebewesen zu suchen, wie Neisser empfiehlt, welche andere Strukturverhältnisse ihrer Zellwand, ihres Zellprotoplasmas, ihres Kernes besitzen, als die schon bekannten Protozoën. Neisser geht hier trotz des vorsichtigen Standpunktes, welchen er den Karzinomparasiten gegenüber einnimmt (s. Neisser, Über den gegenwärtigen Stand der Psorospermosenlehre etc. *Arch. f. Derm.* 1892. I. Heft. Kongrefs zu Leipzig. S. 80) etwas zu weit. Wenn die Befunde den oben hervorgehobenen Postulaten nicht entsprechen, dann geht unseren Folgerungen jede sichere Basis ab. Da überdies noch genügende, unentkräftete Gegengründe gegen die Auffassung des Krebses als einer parasitären Erkrankung existieren, die hier zum Vergleich herangezogenen, schmarotzenden Protozoën wohl Vergröfserung der Wirtzellen, entzündlich-destruktive Erscheinungen, geringe papilläre Wucherungen verursachen, oft auch nur einfache Einlagerungen in den Geweben des Wirtes bilden, nie aber epitheliale Wucherungen verursachen, welche man mit dem Krebs nur im geringsten vergleichen könnte, so ist vor der Hand kein zwingender Grund dafür zu finden, bei dem Karzinom à tout prix einen Parasiten nachzuweisen, und zwar einen aus der Klasse der Protozoën. Es mufs also unter den heutigen Bedingungen für die Beobachtung der fraglichen Gebilde unentwegt an den weiter oben erwähnten Postulaten festgehalten werden, und diese sind es auch, welche uns die Mittel zur kritischen Beurteilung der bisherigen Befunde in die Hand geben. Treten wir aber so an die als Stützen der parasitären Auffassung angeführten Resultate heran, so sehen wir bald ein, dafs wir ein zu hohes Mafs für dieselben anwenden. Bei einer Anzahl der Befunde ist selbst nur auf die Möglichkeit einer Verwechselung mit anderen Zellen oder mit Degenerationsprodukten viel zu wenig geachtet worden. Unter allen Befunden ist aber keiner, welche das von uns als notwendig erkannte volle Mafs der Kritik aushält.

So z. B. giebt Siegenbeck van Heukelom selbst von seinen „grofsen

Kugeln" an, dafs dieselben, falls sie mit einem oder mehreren Kernen versehen sind; von Epithelzellen sehr schwer oder gar nicht zu unterscheiden sind. Anstatt sie aus diesem Grunde von den Epithelien abzuleiten, weist er die Auffassung, als wären diese Kugeln Degenerationsprodukte, entschieden zurück. Dieser Entstehungsmodus derselben ist jedoch ganz unzweideutig von Borrel, Kiener, Karg, Nöggerath, am deutlichsten und sichersten aber von Ribbert nachgewiesen worden. In der Beschreibung des Umwandlungsprozesses sind zwischen den eben genannten Autoren einige Differenzen wahrnehmbar. So läfst z. B. Nöggerath in der degenerierenden Zelle eine Vakuole in der Nähe des Kernes entstehen, welche sich immer mehr vergröfsert, Partikelchen des zerfallenden Kerns auf- und endlich die Stelle der ganzen Zelle einnimmt, während die benachbarten Zellen und ihr Kern plattgedrückt werden. Nach meinen Erfahrungen geschieht die Bildung der eingeschachtelten Gebilde in der von Ribbert beschriebenen Weise durch Degeneration der Zelle in toto. In die Kategorie der in dieser Weise veränderten Epithelzellen gehören auch ganz bestimmt einige von Sjöbring beschriebene Figuren. In seiner Fig. 8 beschreibt Sjöbring eine in die Epithelzelle eingedrungene Sarkode, welche den Kern der ersteren aufgenommen haben soll. Die extrazelluläre Lage ist aber selbst aus der Zeichnung ersichtlich, und nichts spricht gegen die Annahme, dafs dies eine von einer anderen Krebszelle umgebene Zelle sei. Ebenso scheint Fig. 9 eine Krebszelle zu sein. Hier hat der „Eindringling" einen Kern und auch die Wirtzelle einen; beide sind voneinander durch einen hellen Raum getrennt. Mir scheint es demnach viel wahrscheinlicher zu sein, dafs der Kern der inneren, umschlossenen Zelle nicht von der letzteren der Wirtzelle abgenommen wurde, sondern der eigene Kern der ersteren, der Kern einer „eingeschachtelten" Krebszelle sei. Ebenso existiert kein Beweis dafür, dafs Fig. 10 ein Plasmodium und keine mit Vakuolen erfüllte kernhaltige Krebszelle sei. Die Thatsache, dafs diese Zellen ziemlich homogen und intensiv gefärbt erscheinen und dafs sie, wie an einer Stelle des Textes angegeben wird, in Flemmingscher Lösung eine schmutzig-braune Färbung annehmen, bestärkt mich in der Ansicht, dafs wir es bei diesen Formen mit Krebszellen in hyaliner Umwandlung zu thun haben.

Was die übrigen Befunde Sjöbrings anbelangt, so wäre einer derselben für die parasitäre Theorie von grofser Wichtigkeit gewesen; ich meine die als Sporencysten gedeuteten Bilder. Nun hat aber Ribbert die Entstehung ähnlicher Figuren aus Riesenzellen mit degenerierenden Kernen beschrieben, und Nöggerath hat an Präparaten Sjöbrings selbst den Nachweis liefern können, dafs jene „Sporen" aus Kernen entstehen, ihre Zyste aber aus degenerierenden, miteinander versinternden Zellen. Was Sjöbring sonst noch in die Entwickelungsreihe seines Parasiten stellt, sind

ebenfalls verschiedene Gebilde. Einzelne der intrazellulären Sarkoden scheinen aufgenommene Wanderzellen zu sein, von anderen wies NÖGGERATH die Identität mit RUSSELschen Körperchen nach; einzelne der tinktoriell sich ähnlich wie die letzteren verhaltenden intranukleären Gebilde sind sicherlich Nukleolen. Auch RUSSEL, der, wie KLIEN behauptet, verschiedene tinktoriell sich ähnlich verhaltende Gebilde zusammengefaſst hat, scheint die in den Krebszellenkernen in gröſserer Anzahl vorhandenen Nukleolen zu seinen fuchsine-bodies gezählt zu haben. SJÖBRING stützt sich bei der Erkennung des intranukleären Parasiten ganz besonders auf den einen Umstand, daſs derselbe von einem hellen Hofe umgeben ist. Nun finden wir aber in der Beschreibung des Nucleolus von FLEMMING (Zellsubstanz, Kern- und Zellteilung. 1882, Seite 152) angegeben, daſs der Nucleolus bei Beobachtung mit stärkeren Systemen von einem hellen Hofe umgeben erscheint, welcher den Ausdruck einer Lichtbrechungserscheinung von seite des runden, glänzenden Kernkörperchens bildet. Der helle Saum kann also keineswegs als sichere Basis für die Diagnose eines intranukleären, sich intensiv färbenden Parasiten liefern.

Wir ersehen aus dem eben Dargelegten, daſs SJÖBRING Gebilde ganz verschiedener Herkunft und Bedeutung zu einer Entwickelungsreihe des Karzinomparasiten vereinigt hat.

Ein ähnlicher Vorwurf kann aber auch dem aufmerksamen und nüchternen Beobachter STRÖBE nicht ganz erspart werden. Denn auch dieser stellt Formen, deren Abstammung aus dem Kernchromatin gerade er deutlich nachgewiesen hat, in eine Reihe mit kugeligen Gebilden, deren Deutung ihm miſsglückte. Geschieht auch bei ihm die Aufstellung der Entwickelungsreihe des Krebsparasiten mehr aperçuartig, ganz ohne den Anspruch eines im mindesten geglückten Nachweises, so erscheint er doch wie mit einem Januskopf versehen, dessen ein Gesicht der parasitären, das andere der antiparasitären Theorie zulächelt. Und doch geht aus seinen Untersuchungen mit Klarheit hervor, daſs jene unregelmäſsig geformten oder wetzstein-, navizellen- und lanzettförmigen, intranukleären Körper Produkte der Kern- und Kernwanddegeneration sind — (KLEBS betrachtete sie alle als Nukleolen), — und gerade er wies nach, daſs dieselben Gebilde im weiteren Verlaufe des Kernzerfalles auch frei in das Zellprotoplasma gelangen. Es ist hierbei nicht unwahrscheinlich, zumindest nicht auszuschlieſsen, daſs die neben den oben erwähnten Formen vorhandenen runden, ovalen oder weniger unregelmäſsigen Formen Nukleolen darstellen. Man findet nämlich in Krebszellenkernen häufig relativ groſse Gebilde von dieser Form und starker Tinktionsfähigkeit, die kaum als etwas anderes als Nukleolen anzusehen sind. Was die von STRÖBE erwähnten runden, vakuolenartigen Gebilde mit chromatinartiger Randschicht und feinem Gebälke betrifft, so muſs zugegeben werden, daſs

deren Deutung mit besonderen Schwierigkeiten einhergeht. Mir scheint es jedoch nicht ausgeschlossen, daſs hier möglicherweise runde, gequollene Chromatintropfen in eine gemeinsame Vakuole gelangt sind und an Färbbarkeit eingebüſst haben. Diese Annahme stützt sich auf die Beobachtungen von Nöggerath, welcher den Übertritt von färbbaren Kernpartikelchen in die an den Kern angelagerte Vakuole, sowie auch in das benachbarte Zellprotoplasma nachgewiesen hat.

Versucht man aber mit Ströbe, jene mit helleren Kugeln versehenen Vakuolen als Sporencysten zu deuten, so entsteht folgende Schwierigkeit. Ähnliche Gebilde hat Ströbe nämlich einzeln auch in Kernen beobachtet und bei dem Versuche, die parasitäre Auffassung auf seine Befunde zu applizieren, als Amöboidstadium gedeutet, also als eine Entwickelungsform. welche erst aus den in den Sporen sich ausbildenden Keimen entsteht. Morphologisch erscheint jedoch diese Amöbe beinahe vollkommen identisch mit den in den Cysten enthaltenen Sporen. Ebendeshalb scheint es mir viel plausibler, wenn auch nicht sicher, für beide anzunehmen, daſs sie aus degenerierenden, metamorphosierten gröſseren Chromatintropfen, oder vielleicht auch aus Nukleolen entstehen.

Etwas mehr Licht in diese Frage scheinen mir auch die Befunde zu bringen, welche Steinhaus an Sarkom-, Leberzellen- und Karzinomkernen gemacht hat. Dieser Autor beschreibt nämlich intranukleäre Vakuolen mit oder ohne Chromatingehalt verschiedener Gestalt. Diese Befunde zusammengehalten mit den oben zitierten Nöggeraths, so wie mit den von Steinhaus angeführten Carnoys, Whitwells, Zieglers und Klebs', welche Vakuolen in Kernen unter verschiedenen Verhältnissen gesehen haben, sprechen ebenfalls zu Gunsten der Auffassung der fraglichen Ströbeschen Figuren als vakuoläre Degeneration mit mehr oder minder metamorphosiertem Chromatintröpfcheninhalt. Diese Figuren entsprechen auch ganz gut den Bildern, welche Steinhaus von der ersten Art seiner Zellenleibeinschlüsse entwirft, deren Chromatininhalt im Querschnitt halbmondförmig oder kommaförmig etc., aber auch ringförmig ist, oder als Kreissegmente an beiden Polen der Einschlüsse erscheint. An diesen Chromatineinschlüssen bemerkte Steinhaus Differenzen in der Färbungsintensität. Es läſst sich diese letztere Angabe ebenfalls zu Gunsten eines weiteren Degenerationsvorganges an den Chromatinpartikelchen mit Verminderung ihrer Färbungsfähigkeit anführen.

Die von Steinhaus beschriebenen übrigen Zellenleibeinschlüsse werden zum groſsen Teile von ihm selbst auf Leukocyteneinschlüsse bezogen. Andere lassen noch eine andere Erklärung zu. Es sind dies gerade die Figg. 14 und 18, die als zu Gunsten der Anwesenheit von Protozoën sprechend angeführt werden. In beiden Figuren sehen wir nämlich Mitosen im Sternstadium, die Kernmembran ist schon geschwunden.

und es entsteht daher der berechtigte Verdacht, daſs die fraglichen intensiv gefärbten, von der Kernfigur abseits liegenden Einschlüsse nichts anderes als abgesprengte Chromatinkügelchen oder -fädchen darstellen, wie sie auch sonst bei Mitosen beobachtet werden.

Den bisher innegehabten skeptischen Standpunkt können wir auch den Befunden PODWYSSOZKYS und SAWTSCHENKOS gegenüber nicht aufgeben. Bei den meisten ihrer Figuren ist es keineswegs ausgeschlossen, daſs es sich um Einschlüsse von weiſsen oder roten Blutzellen, wie sie KLEBS, SCHÜTZ, STEINHAUS und STRÖBE beschreiben, handelt, bei einzelnen um aus Mitosen losgesprengte Chromatinbröckelchen. Daſs die roten Blutzellen in den Präparaten mit ganz verschiedener Intensität gefärbt werden, ist schon von SCHÜTZ hervorgehoben worden. In mit FLEMMINGscher Lösung fixierten Präparaten sieht man knallrot gefärbte Blutzellen neben solchen, bei denen bloſs die Peripherie ringförmig gefärbt ist, die Mitte als heller Fleck erscheint. Dieser gefärbte Ring kann breit oder schmal sein. Ein anderes Mal färbt sich bloſs ein Teil des Umfanges, oder es erscheinen 1—2 gefärbte Stellen in der farblosen Scheibe. Ein Teil der Figuren der obigen Autoren läſst nun die Annahme zu, daſs es sich hier vielleicht zum Teil um Einschlüsse von solchen roten Blutzellen handelt. So z. B. liegt in Fig. 9 neben drei mit Chromatininhalt gezeichneten, extrazellulären Gebilden ein rundes, chromatinloses Scheibchen, welches vollkommen einer roten Blutzelle entspricht. Die Zelleinschlüsse in Fig. 10 rechts oben, in Fig. 24 unten rechts scheinen ebenfalls roten Blutzellen zu entsprechen, ebenso das freie, interzelluläre Konglomerat in Fig. 24; (das groſse Gebilde in der Mitte des letzteren scheint ein Leukocyt zu sein). Die Zelleinschlüsse in Figg. 5, 6, 16, 18, 21, 23 etc. scheinen sich mit der Annahme, es handle sich hier um Leukocyteneinschlüsse mit Degeneration und Zerfall der eingeschlossenen Zellen, sehr wohl in Einklang bringen zu lassen. Die Figg. 11, 12, 13, 14 stellen Mitosen dar in Stadien, in welchen die Membran des Kerns schon verschwunden ist. Der Einwand, daſs die in denselben Zellen vorhandenen Einschlüsse abgesprengte Chromatinkörnchen und -schleifen darstellen, läſst sich nun keineswegs kurzer Hand zurückweisen. Gewisse Analogien zwischen diesen Gebilden und dem Caryophagus Salamandrae von STEINHAUS können die parasitäre Auffassung nicht mehr stützen, nachdem EBERTH eine Betrachtung der betreffenden Gebilde des Salamanderpankreas als Protozoën zurückgewiesen hat.

Es scheinen demnach auch hier Gebilde verschiedener Bedeutung miteinander vereinigt geworden zu sein, wobei noch zu bemerken ist, daſs trotzdem die Entwickelungsreihe eine unvollständige geblieben ist. In den Cystenformen der Protozoën entwickeln sich nämlich Sporen erster Ordnung, und erst in diesen entstehen die sichelförmigen Keime. In der von P.

und S. angegebenen Entwickelungsreihe treten die sichelförmigen Keime unmittelbar in den Cysten auf; ein Stadium wird also übersprungen. Eine zu wenig detaillierte Beschreibung eines intrazellulären membran- und kernhaltigen Amöbenstadiums mufs auch als recht fühlbarer Mangel in der Beschreibung des Parasiten durch P. und S. erwähnt werden. Für andere Figuren mufs eine Deutung noch gesucht werden, obzwar mir scheinen will, dafs sich die obigen Erklärungen auf die meisten applizieren lassen. Wie vorsichtig man übrigens auch in der Beurteilung von sichelförmigen Gebilden sein mufs, beweist das Beispiel KOSSINSKYS, welcher sichelförmige Körperchen in den von WICKHAM als Protozoën gedeuteten Zellen bei PAGETS Disease gesehen und aus diesem Grunde die parasitäre Auffassung angenommen hat. KARG hat dann später durch den Befund normaler Mitosen an denselben Gebilden ihre epitheliale Herkunft mit Sicherheit nachgewiesen. Es sind also auch die Untersuchungen von P. und S. nicht danach angethan, alle Zweifel zu zerstreuen und die Zugehörigkeit dieser Zelleinschlüsse zu den Protozoën als sicher erwiesen erscheinen zu lassen. Blofs Untersuchungen, welche, wie schon erwähnt, alle Verwechselungsmöglichkeiten ausgeschlossen haben, eine grofse Ähnlichkeit der Formen mit schon bekannten Protozoën nachweisen und eine lückenlose Entwickelungsreihe darstellen, werden im stande sein, diesen Nachweis zu liefern, solange wir blofs auf die Morphologie der fraglichen Gebilde bei ihrer Untersuchung angewiesen sind. Ich bin weit entfernt, zu glauben, dafs die Deutungen, welche ich einigen der schwierigen Bilder zu geben versucht habe, überall richtig sind, ich bin überzeugt, dafs erst weitere Untersuchungen in jedem Falle die sicheren Erklärungen ergeben werden, ich denke aber, dafs nach Durchsicht der referierten Arbeiten die Annahme von Psorospermien, die Deutung der beschriebenen Zelleinschlüsse als Protozoën beim Karzinom sich nicht mit unabweisbarer Notwendigkeit ergiebt, dafs vielmehr eine gehörige Dosis vorsichtiger Skepsis sich der parasitären Auffassung gegenüber als angezeigt erweist.

Ich will nach all dem bisher Vorgebrachten nicht länger bei den Arbeiten RIBBERTS, KARGS, NÖGGERATHS, KLIENS etc., welche die Erklärung zu den Befunden ALBARRANS, WICKHAMS, RUSSELS etc. liefern, verweilen. Auf einzelne Punkte derselben gedenke ich in einer später zu publizierenden Arbeit über Krebszelleneinschlüsse zurückzukommen. Was die von S. VAN HEUKELOM beschriebenen leukocytenartigen Gebilde (No. 5 im Referate) anbelangt, so sind die für dieselben angegebenen differentiellen Momente nicht genügend, um dieselben von den Wanderzellen abzuscheiden (s. auch NÖGGERATH).

Ich will nur noch kurz zusammenfassen, welches jene Befunde beim Karzinom gewesen sind, die Veranlassung zur Verwechselung mit Protozoën gegeben haben: 1. Nukleolen (THOMA, NILS SJÖBRING, RUSSELL), 2. ALT-

MANNsche **Zellgranula** (RUSSELL), 3. **Verquellung der Kernchromatins-, Kern- und Kernwanddegeneration** (STRÖBE, THOMA, S. VAN HEUKELOM), 4. **vakuoläre Degeneration des Kerns** mit oder ohne Aufnahme von Chromatinpartikelchen in der Vakuole (S. VAN HEUKELOM, THOMA, STEINHAUS, SRTÖBE), 5. **abgesprengte Chromatinpartikelchen einer Mitose** (STEINHAUS, PODWYSSOZKY und SAWTSCHENKO), 6. **Einschlüsse von Vakuolen, Leukocyten und roten Blutzellen** im Zellleib (NILS SJÖBRING, STEINHAUS, STRÖBE, PODWYSSOZKY und SAWTSCHENKO), 7. **homogene Metamorphose** (Verhornung) **der Epithelzellen** (ALBARRAN, S. VAN HEUKELOM, NILS SJÖBRING), 8. **helle Metamorphose von Epithelzellen** mit intensiver Proliferationsfähigkeit [PAGETS Disease] (WICKHAM, KOSSINSKY), 9. die von KLEBS und FICKET angegebenen **hyalinen Massen** (S. VAN HEUKELOM), 10. **Wanderzellen** (S. VAN HEUKELOM). Es ist überflüssig, nochmals besonders zu betonen, daſs einige der obigen Autoren selbst die Möglichkeit der Verwechselung zugeben, oder gerade die obigen Erklärungen annehmen.

Noch muſs darauf hingewiesen werden, daſs Formen, welche RIBBERT als homogene Umwandlung einer Riesenmitose oder Zerfallsprodukte eines groſsen oder mehrerer kleiner Kerne deutet, oder von welchem STRÖBE[3] den Eindruck eines miſslungenen Versuches überstarker Produktion von Chromatin gewann, ebenfalls Anlaſs zur Verwechselung geben könnten. STRÖBE beschreibt nämlich Kernfiguren, welche aus Konglomeraten intensiv gefärbter Körner und kurzer dicker Bälkchen von bedeutendem Glanze bestehen. Einzelne Körner und Klumpen sind im Zellprotoplasma zerstreut. Dieser Prozeſs läuft in Degeneration aus, wobei die Körner unregelmäſsig im Zellleib zerstreut werden; es treten einzelne, diffus gefärbte Tropfen auf, und manchmal liegen Chromatinmassen in Vakuolen des Zellleibes.

Um dem Vorwurfe zu begegnen, daſs die oben von mir geforderten Kriterien für die Anerkennung des Krebsparasiten zu strenge und pedantische seien, will ich, bevor ich schlieſse, den folgenden Satz aus der oben zitierten Arbeit KLEBS', der noch höhere Ansprüche an einen zu erbringenden Beweis von der Parasitennatur stellt, anfügen: es muſs „zugestanden werden, daſs, wenn keine anderen Eigenschaften als diese morphologischen sich nachweisen lieſsen, eine solche Annahme (Parasit) höchstens als eine vorläufige Hypothese bezeichnet werden könnte, die allenfalls geeignet sein mag, zu weiterer Fragestellung die Grundlage zu bilden, selbst aber keineswegs als eine auch nur annähernde Lösung der gestellten Frage gelten kann."

---

[3] Kernteilung und Riesenzellenbildung in Geschwülsten und Knochenmark. *Zieglers Beiträge* VII. 1890. S. 340.

IV. Herpes zoster und „Blatternkrankheiten“.

Zum Beschlusse möchte ich noch kurz einige Bemerkungen über jene tierischen Zellschmarotzer anfügen, welche Pfeiffer (*Die Protozoën als Krankheitserreger*. Jena. 1890. S. 87.) bei dem Herpes zoster und den „Blatternkrankheiten“ beschrieben hat. Ich kann hier unmöglich in eine detaillierte Besprechung und Kritik aller Einzelbefunde des genannten Autors eingehen, da dies uns zu weit abseits von den Protozoën zu einer, wie ich fürchte, weitschweifigen Beschreibung von Degenerationsvorgängen bei Blasenbildungen führen würde. Es soll daher hier eine mehr summarische Kritik folgen. Ich schicke voraus, dafs Pf. die fraglichen Schmarotzer bei Verbrennungs-, Krotonöl-, Vesicatorblasen, d. h. bei solchen, wo die Kolliquationsnekrose in vehementer Weise auftritt, nicht gefunden hat, ebenso sah er sie bei den hier in Betracht kommenden Blasenformen zur Zeit des Eintrittes der Eiterung verschwinden. Die Zellformen, die Pf. nun abbildet, lassen sich mit der gröfsten Sicherheit als veränderte Epithelien und Leukocyten erkennen. Ich habe den Inhalt der Zosterbläschen frisch und Schnitte von in verschiedener Weise fixiertem Zoster, Vaccine, Variola, Pemphigus diesbezüglich untersucht und mich davon überzeugt, dafs diese Auffassung der Pfeifferschen gegenüber vollkommen berechtigt ist. In dem Inhalt des Zosterbläschens sieht man ovale oder runde Zellen mit glänzendem Protoplasmamantel und schlecht färbbarem, bald etwas gedunsenem, bald vom Protoplasma durch einen Spalt separierten bläschenförmigem Kern herumschwimmen. Dieselben besitzen keine Stacheln. Stellenweise sind mehrere solche miteinander verkittet, und dann gelingt es zuweilen zwischen denselben einen stacheligen Saum zu entdecken. Sehr grofse Zellkonglomerate sind häufig von unregelmäfsiger Gestalt, manchmal jedoch rund oder oval; zuweilen sind die Kerne zerbröckelt oder überhaupt nicht mehr als solche zu erkennen; oft sehen wir inmitten dieser gröfseren kugeligen Zellmassen einzelne Zellen, wie die oben beschriebenen, und ganz unzweifelhafte, stark färbbare Leukocytenkerne resp. deren Fragmente. Auf Schnitten des Zosterbläschens bekommen wir ganz ähnliche Bilder zu Gesicht; die gröfseren Zellkonglomerate, welche zwischen den Papillen oft im Querschnitt grofse, mit breiten, glänzenden Protoplasmaring versehene, ovale oder kugelige Gebilde darstellen, enthalten einige ähnliche Protoplasmabalken, zerfallene Kerne, Leukocyten und granulierten Niederschlag im Innern. Alle die bisher erwähnten Gebilde geben nun die Weigertsche Fibrinreaktion, und alle Bilder erklären sich daher leicht als Produkte der Koagulationsnekrose. Bei der später, im Stadium der Eiterung eintretenden vollkommenen Verflüssigung verschwinden diese Bilder natürlicherweise, wie sie auch bei der überaus rasch verlaufenden Kolliquation der Brandblase etc. fehlen. Als bei der Koagulation verbackene Epithelzellen erweisen sich die grofsen

hypertrophischen Epithelzellen Pfs. Diese umschliefsen andere Epithelien, welche den erwähnten frei herumschwimmenden, ebenfalls fibrinös entarteten, runden und ovalen Zellen vollkommen ähnlich sind, oder deren Zerfallsprodukte, des weiteren Leukocyten. Ähnliche Befunde lassen sich auch bei Vaccine, Variola und Pemphigus machen.

Was nun die als Pseudopodienbildung, oder als Bildung junger Kugeln deutbaren Veränderungen anlangt, so können diese nur als Imbibitionserscheinungen, als kolliquative Veränderungen aufgefafst werden. Ähnliche Befunde kann man nicht blofs an Blasen machen, sondern überall, wo Zellen sich längere Zeit in Flüssigkeiten befinden, welche keine schrumpfende, koagulierende oder fixierende, sondern verflüssigende Eigenschaften besitzen; so z. B. an den Zellgebilden des pathologischen Urins. Auch hier sehen wir die Zellen (Nierenepithelien, Blasenepithelien aus den tieferen Schichten, Leukocyten) an einem Pole granuliert werden, (der Kern befindet sich in diesem von der Seite gesehen sichelförmigen Körnchenhaufen), das übrige Zellprotoplasma aber erscheint homogen. Hierbei werden die Zellen gröfser, rund, kugelförmig. Blicken wir auf den körnigen Pol, dann umgiebt das homogene Protoplasma (Ektosark Pf.) scheinbar ein körniges Zentrum. An anderen Zellen sehen wir andere Erscheinungen der Imbibition. Es treten helle Vakuolen in dem Zellprotoplasma, manchmal auch im Kern auf; eine oder die andere Vakuole buckelt sich über die Zellgrenze als blasses Bläschen hervor. Dieses Bläschen löst sich oft von der Zelle los; ebenso kann auch der homogene kugelförmige Teil der geblähten Zelle sich von der granulierten Partie separieren.

Vergleichen wir nun diese Befunde, welche sich leicht auch an den Zellen, besonders den Leukocyten, verschiedener Blasenerkrankungen bestätigen lassen, mit den von Pf. erwähnten Figuren und Erklärungen, so ergiebt sich daraus eine überraschende Übereinstimmung beider. Die von Pf. erwähnten Schmarotzer beim Herpes zoster und den „Blatternerkrankungen“ erklären sich in dieser schlichten Weise als Produkte koagulierender und kolliquativer Degeneration.

Versammlungen.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Dritter Kongrefs, gehalten zu Leipzig 17.—19. September 1891.
(*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Ergänzungsheft I. 1892.)

III. Sitzung.

Vorsitzender: Herr Caspary.

Herr Kollmann teilt mit, dafs er in seinem Konsultationslokale **elektro-urethroskopische Demonstrationen** abhalten werde, für die er eine Reihe von Fällen chronischer Gonorrhoe in ihren verschiedensten Stadien ausgewählt habe.

11. Herr Neisser: **Die Pathologie des Ekzems.**

Das Bestreben, die Krankheiten systematisch zu ordnen, macht sich in keiner medizinischen Disziplin mehr geltend, als in der Dermatologie. Die Systematisierungsversuche mufsten jedoch scheitern, weil dieselben je nach dem Stande unserer Kenntnisse bald nur das klinische Bild, bald mehr die pathologische resp. histologische, bald mehr die ätiologische Seite berücksichtigten. Ähnlich wie bei den Hautkrankheiten im allgemeinen verhält es sich beim Ekzem im speziellen. Die Anschauungen der Autoren divergieren hier beinahe nach Schulen oder Nationen, je nachdem von den einen mehr die Form der Hauterkrankung, von den anderen der Verlauf der Gesamterkrankung, von den dritten die Ätiologie als wesentlichstes Moment bei der Behandlung dieses Gegenstandes angesehen wird.

Redner will ein Referat über den gegenwärtigen Stand der Ekzemfrage liefern und durch eine kritische Sichtung des reichlichen Materials zur weiteren Klärung der Frage anregen.

Vor allem mufs ein den anatomischen Befunden entsprechender klinischer Begriff für eine ganz bestimmte Krankheitsform, die den Namen „Ekzem" führt, festgehalten werden. Redner folgt der alten Hebraschen Definition unter besonderer Bedeutung der Epithel-Alternative.

„Ekzem" zeigt einerseits eine mehr oder weniger akut einsetzende, mit starker seröser Hyperämie und starker Exsudation einhergehende, wesentlich im Papillarkörper und den obersten Koriumschichten sich abspielende flächenhafte Entzündung (frische Rötung, Schwellung, Bläschen- und Knötchenbildung), andererseits eine ganz eigenartige Abstofsung der Epidermis („desquamativer, epithelialer Katarrh") [S. 119].

Die Ausbildung der einzelnen Symptome ist je nach dem Verlaufe aufserordentlich wechselnd. Der Verlauf ist

1. typisch, als akutes Ekzem an Ort und Stelle verbleibend und ohne Rezidive abheilend.

2. atypisch, als kontinuierlich oder diskontinuierlich wanderndes oder durch zurückbleibende Lädierbarkeit des Epithels und der Gefäfse rezidivierendes Ekzem („chronische Ekzematose"), oder endlich als eigentlich „chronisches" Ekzem, worunter nach Auspitz nur die lokalen pachydermatischen tieferen Bindegewebs-Infiltrationen zu verstehen sind, auf denen ekzematöse Eruptionen der obersten Hautschichten leicht und häufig auftreten.

Das anatomische Bild entspricht dem klinischen Bilde der ekzematösen Krankheitsform und ist bei allen aus den verschiedensten Ursachen entstandenen und

verschieden verlaufenden Ekzemen dasselbe. Im akuten Stadium: Hochgradige Hyperämie, starke alle Maschen des Bindegewebes füllende Infiltration von Leukocyten, starke, seröse Transsudation, seitens der Bindegewebszellen nur ganz minimale, aktiv formative Beteiligung. Im weiteren Verlaufe: Einwanderung der Eiterkörperchen in die interspinalen Räume, Ödem zwischen den Epithelien und den Zellen der basalen Hornschicht, Verschwinden der Körnerschicht, mangelnde Verhornung mit Erhaltenbleiben der Kerne und den oberflächlichen Zellenlagen („Kératinisation atypique"), besonders aber Alteration der einzelnen Epithelzellen selbst, welche nicht in toto in grofsen zusammenhängenden flächenhaften Massen, sondern Zelle für Zelle zerstört oder betroffen werden. („Altération cavitaire").

Wie die ekzemerregende Schädlichkeit einwirkt, darüber herrscht noch Unklarheit. Kommt das schädliche Agens von aufsen, so werden die Epithelien direkt betroffen, während die Entzündung teils als Folge der Epithelalteration (Weigert) gedacht werden kann, teils als Folge direkt auf die Gefäfse wirkender Entzündungsreize, die direkt eine Alteration der Gefäfswand bewirken und durch Attraktionswirkung eine chemotaktische Ansammlung der Leukocyten nach dem Orte des chemischen Reizes zu stande bringen. (S. 122).

Kommt ein Agens von innen, so kann man sich eine primäre, direkte Einwirkung auf das Epithel nur vorstellen, wenn man eine trophoneurotische Ekzem-Ursache annimmt, ähnlich wie beim Herpes zoster, anderenfalls müfste die Epithelalteration nur eine sekundäre, eine Folge der entzündlichen Transsudation sein, was nicht sehr wahrscheinlich ist.

Der Grad der Einwirkung ist wechselnd, meistens jedoch der Dauer und der Intensität derselben entsprechend.

Bezüglich der nervösen Störungen, die beim Ekzem häufig im Vordergrunde der Symptome stehen (Jucken etc.) sind noch manche Fragen ungelöst:

1. Ist die periphere Nervenalteration eine rein funktionelle, bedingt durch die abnormen Infiltrationsverhältnisse im Papillarkörper um die Nerven herum?

2. oder ist an den Nerven auch anatomisch nachweisbar eine Abnormität vorhanden, und hat dann diese „Neuritis" eine aktive Rolle im ekzematösen Prozesse. (S. 123.)

Die Verschiedenartigkeit der klinischen Bilder deutet auf eine Verschiedenartigkeit der Ätiologie und Pathogenese hin. Es fragt sich nur, ob alle ursächlichen Momente gleichwertig sind, oder ob eine Ursache als die primäre, die wesentlichste anzusehen, die anderen nur sekundär komplizierende, den Verlauf beeinflussende sind.

Man wird bezüglich der **Ätiologie** zu einer befriedigenden Auffassung gelangen, wenn man unterscheidet:

I. Die **primäre**, eigentliche Ursache des Ekzems. (Einwirkungen mechanischer Natur; chemische, von aufsen wirkende; chemische, von innen wirkende, toxische Substanzen; Mikroorganismen; vielleicht auch nervöse Momente.)

II. Die prädisponierenden, für I. vorbereitenden Momente:

a) Allgemeinzustände (Kachexie, Anämie, Skrofulose, Diabetes, Gicht etc.).

b) Lokale Zustände der Haut (Seborrhoe, Prurigo etc.).

III. Umstände, welche die Chronizität eines Ekzems bedingen:

1. Primäre (mechanische und chemische Einwirkungen, welche langdauernde und sich verbreitende Ekzemausbrüche hervorrufen;

2. sekundär (Freiliegen einer Ekzemfläche; der Zustand des erkrankten Organismus).

Im allgemeinen findet man, wie dies Hebra in seinem Lehrbuche deutlich hervorgehoben hat, als Ekzem-Ursachen und als wesentliche Momente, welche

den Ablauf des Ekzems und seine Chronizität bedingen, sowohl äufsere Ursachen, als auch innere, im Organismus liegende Momente.

Eine grofse Zahl von Autoren (namentlich französischen, englischen, italienischen, amerikanischen) leugnet prinzipiell die Existenz extern entstandener Ekzeme und schafft für solche Fälle eine **„Dermatitis eczematosa artificialis“** neben dem ebenso aussehenden, aber durch innere Ursachen entstandenen **„Eczema verum acutum“**.

Redner schliefst sich an HEBRA an,

1. weil er dasjenige Ekzem nennt, was unter dieser Krankheitsform auftritt, und

2. weil in der That die von allen als Ekzem anerkannte Krankheit ungemein häufig als direkte Fortsetzung und unter demselben dermatologischen Bilde aus solchen ersten akuten Eruptionen sich entwickelt.

Redner bespricht eingehend den Standpunkt verschiedener Autoren, wie BESNIER, LELOIR, HARDY, BROCQ, GAMBERINI, BULKLEY, SCHWIMMER, UNNA, welch' letzterer die rein ätiologische Betrachtung zum Ausgangspunkt seiner Ekzemauffassung machte und das Ekzem dahin definierte: „Ekzeme sind chronische, parasitäre Katarrhe der Haut mit Desquamation, Jucken und der Neigung, auf Reize mit Exsudation und stärkerer Entzündung zu antworten.“ UNNA betont also einmal die Chronizität, dann den parasitären Charakter der Ekzeme. „Nur die Parasiten erklären die Chronizität und machen aus beliebigen, akut verlaufenden Dermatitiden das wahre (chronisch verlaufende) Ekzem.“ Redner vermag dieser Auffassung nicht zu folgen und unterzieht UNNAS Standpunkt einer ausführlichen kritischen Besprechung, würdigt auch dessen Eczema seborrhoicum einer ganz eingehenden Kritik. Nach Redners Ansicht ist die trockene Form des „seborrhoischen Ekzems“ nicht mehr als Ekzem, sondern als eine durch noch unbekannte Parasiten hervorgerufene Mycosis eigener Art anzusehen.

Die Ekzemklasse teilt Redner folgendermafsen ein:

1. **Eczema acutum circumscriptum** durch beliebige, äufsere Ursachen hervorgerufen;

2. **Eczematosis**, um für die akuten oder subakuten multiplen mit- und nacheinander auftretenden, zu einer langwierigen Krankheit sich aneinander reihenden Eruptionen einen Namen zu haben.

3. **Das lokalisierte chronische Ekzem** wird in dieser Klasse nur so lange bleiben, als der in den obersten Hautschichten sich abspielende ekzematöse Vorgang klinisch über die pachydermatische Infiltration und Hyperplasie des Bindegewebes überwiegt.

Dieser ganzen Ekzemklasse gegenüber steht eine Klasse von parasitären Dermatitiden:

1. Die Mycosis trichophytina;
2. die Mycosis (vide Eczema) seborrhoica;
3. die Pityriasis rosea;
4. das sogenannte Eczema folliculare der Engländer;
5. die Psoriasis;
6. BESNIERS Epithéliomatose eczématoide de la mamelle (für die an dieser Stelle lokalisierte PAGETsche Krankheit).

Am Schlusse seiner Betrachtung wirft Redner bezüglich der Ekzemtherapie folgende Fragen auf:

1. Welche Prinzipien haben wir für die lokale Behandlung festzuhalten?

Da die Ätiologie vielfach im Stiche läfst, so wird man wesentlich auf die antiphlogistisch-symptomatische Behandlung angewiesen sein.

2. Soll man nur lokal behandeln?

Redner wünscht überall lokale und, wo nötig, auch allgemeine Behandlung. Ohne lokale Behandlung ist wenig von einer Ekzem-Therapie zu erwarten.

3. Darf man stets behandeln, oder hat man durch Beseitigung eines Ekzems Gefahren für den Gesamtorganismus zu fürchten?

Dem Redner stehen in dieser Beziehung keine überzeugenden Beobachtungen zu Gebote. Zur Entscheidung dieser Streitfrage müsse die hausärztliche Praxis ein besseres Material liefern.

Ein Litteratur-Verzeichnis schliefst sich an die Ausführungen des Redners an.

12. Herr Veiel: **Therapie des Ekzems.**

Redner erörtert zunächst folgende Fragen:

1. Ist jedes Ekzem heilbar?

Manche, namentlich auf Heredität zurückzuführende, sowie in der Umgebung von Narben entstandene Ekzeme widerstehen zuweilen allen therapeutischen Mafsnahmen.

2. Ist eine innere Behandlung der Ekzeme angezeigt oder nicht?

Wenn keine Komplikationen bestehen, nicht.

Wohl aber verdienen eine aufmerksame Berücksichtigung die Komplikationen, die Skrofulose, Anämie, Gicht, Diabetes, Albuminurie, die Zirkulationsstörungen nicht nur in therapeutischer, sondern ganz besonders in prophylaktischer Beziehung.

3. Wie ist es zu erklären, dafs die wirksamsten lokalen Mittel beim Ekzem gerade diejenigen sind, welche durch die unverletzte Haut in den Körper einzudringen im stande sind, wie der Teer und seine Derivate und die Quecksilbermittel?

Es sind ihre vortrefflichen, parasitentötenden Eigenschaften, welche ihrer Wirksamkeit zu Grunde liegen.

4. Ist man durch die Diät allein im stande, Ekzeme zu heilen?

Aufser den intertriginösen Ekzemen Fettleibiger und den Stauungsekzemen der Hämorrhoidarier hat Redner noch kein Ekzem durch die Diät allein heilen sehen, wohl aber ist dieselbe im stande den Heilungsprozefs günstig zu beeinflussen.

5. Kann die Heilung eines Ekzems andere Krankheiten, wie Asthma etc., hervorrufen, und heilt die künstliche Wiedererzeugung eines ekzemartigen Ausschlages jenes Asthma?

Redner hatte nie Gelegenheit, diese Thatsache zu beobachten.

6. Welche Mittel sind bei der Behandlung akuter Ekzeme am meisten zu empfehlen?

Solange die Ekzeme nicht nässen: Trockene Kälte in Form von Stärkemehlkissen oder in ein Tuch eingeschlagenem Eisbeutel und die Leime.

Nässende Stellen werden mit Unnas Zinksalbenmull, mit Lassars Paste, mit Picks Salizylseifenpflaster etc. behandelt.

7. Welche Behandlung des chronischen Ekzems ist die beste?

Gut ist die von Pick angegebene Behandlung mit Sublimatgelatine, mit Salizylseifenpflaster. Ferner leisten gutes, zum Teil vorzügliches die Lassarsche Salizylpaste, bei schwieligen Ekzemen der Hohlhand und der Fufssohle Unnas Salizylguttaperchapflaster; der Teer, den richtig anzuwenden, oft zu den schwierigsten, aber dankbarsten Aufgaben der Ekzemtherapie gehört. Bei stärkerer Infiltration der Haut kommt Chrysarobin oder Pyrogallol in Anwendung. Das Anthrarobin, das Naphtol, Resorcin, Kreolin, Ichthyol wendet jetzt Redner, weil weniger sicher wirkend, nicht an.

Den Schwefel wendet Redner beim Unnaschen Eczema seborrhoicum, ferner bei den um die Mundöffnung gruppierten nässenden Eczemen, sowie bei Ekzemen des Bartes an.

13. Herr Pick-Prag: **Zur Pathologie des Ekzems.**

Redner stimmt in seinen Ausführungen vielfach mit Neisser überein. Das „Eczema seborrhoicum“ als selbständige Krankheitsform vermag er nicht anzuerkennen, wie er die Auffassung des Ekzems als einer durchwegs parasitären Krankheit nicht billigen kann. Redner wendet sich ziemlich unsanft gegen Unna und seine Flora dermatologica, „die nicht den Befund von Pilzen bestimmter Krankheiten, sondern den Befund von Pilzen bestimmter Laboratorien liefert“. (Der Name Unna wird nicht genannt! Ref.)

Neben den von Veiel angegebenen Mitteln gegen das Ekzem empfiehlt Redner sein Linimentum exsiccans, namentlich für die Gesichtsekzeme der Kinder auf das angelegentlichste.

14. Herr Blaschko. **Zur Ätiologie und Pathogenese des Gewerbeekzems.**

Man kann bei den gewerblichen Hautaffektionen zwei grofse Gruppen unterscheiden, von denen die eine den Charakter einer mehr akuten erythematösen Hautentzündung trägt, während die zweite mehr chronisch verlaufende in ihrem klinischen Bilde dem gewöhnlichen Ekzem sehr nahe steht. Bei den erythematösen Affektionen werden gewisse Substanzen durch die intakte Epidermis hindurch auf die tieferen Hautschichten, insbesondere auf die Hautgefäfse eine Giftwirkung entfalten, während bei den ekzemartigen Erkrankungen die Hauptwirkung gewisser Substanzen resp. Reize in einer mehr oder weniger intensiven Zerstörung der Epidermis selbst besteht. Gewisse Agentien (Terpentin, Karbol) können beide Wirkungen gleichzeitig entfalten. — Redner will nur die zweite Gruppe in Betracht ziehen, als deren Repräsentanten u. a. die Ekzeme der Maurer, Maler, Bäcker, Wäscherinnen, Möbelpolierer, Galvaniseure, der Anilinarbeiter anzusehen sind.

Die diesen Affektionen gemeinsamen Punkte formuliert Redner dahin:

1. Nicht alle in einem derartigen Berufe beschäftigten Arbeiter erkranken; ein mehr oder minder grofser Bruchteil bleibt dauernd verschont.

2. Die Krankheit tritt in der Regel nicht sofort, sondern nach längerer, manchmal mehrjähriger Beschäftigung auf.

3. Nach leichen Erkrankungsgraden im Anfange tritt meistens Angewöhnung (Abhärtung) der Haut an die schädlichen Einflüsse ein.

4. Beim Aussetzen der schädlichen Beschäftigung heilen in der Regel die Ekzeme ab, um bei Wiederaufnahme der Arbeit a) überhaupt nicht, b) sofort, c) gelegentlich zu rezidivieren.

5. Häufig haben früher, namentlich in den Kinderjahren ekzematöse Erkrankungen stattgefunden; oder es bestehen nicht selten gleichzeitig ekzematöse Herde, örtlich und ursächlich unabhängig von dem schädlichen Agens.

6. Trotz der Verschiedenheit der schädlichen Agentien zeigen die durch dieselben erzeugten Affektionen doch eine grofse Übereinstimmung in ihrem klinischen Gesamtbilde. — Der Verlauf derartiger Ekzeme ist meist chronisch mit akuten Exazerbationen. — Für das Zustandekommen des Gewerbeekzems sind hauptsächlich zwei Momente von wesentlicher Bedeutung.

1. Die Empfindlichkeit resp. Widerstandsfähigkeit der Epidermis gegenüber einzelnen Schädlichkeiten. Diese Widerstandsfähigkeit wird auf dem Wege der Anpassung oder Akkommodation erworben.

2. Die Mitwirkung von Bakterien, für welche die kreisförmigen, kreisbogenförmigen, serpiginös fortschreitenden Ekzeme sprechen würden. Der mikroskopische Nachweis solcher Bakterien in der Epidermis ist schwierig.

Wenn auch für gewisse Fälle die Mitwirkung von Parasiten angenommen werden kann, so ist die Annahme, wie Unna es will, nicht für sämtliche Fälle von Gewerbeekzemen gerechtfertigt.

Es wird die Aufgabe weiterer Forschungen sein, die einzelnen Faktoren, welche bei den Gewerbeekzemen in Betracht kommen, und die auch in der Ätiologie und Pathologie des gewöhnlichen Ekzems eine wichtige Rolle spielen, in ihrer Wirkungsweise genauer zu studieren und in ihrer Bedeutung für den Gesamtkrankheitsprozeſs gegeneinander abzuwägen.

15. Herr Ledermann. **Über den Fettgehalt der normalen Haut.** Redner fand bei seinen Untersuchungen bezüglich des Fettgehaltes der Cutis und des Epithels beim Eczema seborrhoicum im groſen und ganzen die histologischen Befunde Unnas bestätigt. — In zwei Fällen von Eczema seborrhoicum in vorgeschritteneren Stadien hat L. einige Hautstückchen nach dem Vorgange Unnas in Überosmiumsäure fixiert und dabei in den tieferen Epithelschichten eine ziemlich groſse, aber bei weitem nicht das Unnasche Bild erreichende Ansammlung schwarzer Körnchen bemerkt. L. hat daraufhin Hautstückchen verschiedener Körperteile von ganz gesunden Personen untersucht und fast konstant in den unteren Zelllagen des Rete Malpighii derartige schwarze Körnchen in wechselnder Menge vorgefunden. Bei einem dreimonatlichen Fötus fehlten sie noch, während sie sich bei einem fünfmonatlichen Fötus zeigten, also zu einer Zeit, wo nach Unnas Angabe in *Ziemssens Handbuch* die Fettbildung in der Hant des Fötus beginnt.

Redner erörtert im folgenden die Frage, ob diese schwarzen Körnchen als Fett im weitesten Sinne des Wortes aufzufassen seien, oder ob sich in den tieferen Epithellagen eine andere chemische Substanz finde, welche in ähnlicher Weise wie das Fett durch Überosmiumsäure reduziert würde.

Seine darauf gerichteten Untersuchungen haben zumeist die Fettnatur dieser Körnchen bestätigt. Auffallend war nur, daſs bei Einwirkung des Flemmingschen Gemisches (Chrom — Essigsäure — Osmiumsäure), das sonst als gutes Reagens für Fett gilt, die schwarzen Körnchen sich nicht darstellen lassen. L. glaubt, daſs besondere chemische Verhältnisse im Epithel möglicherweise die Reduktion des Osmiums verhindern. Wahrscheinlich sind es die in den verschiedenen Fetten enthaltenen verschiedenen Fettsäuren, welche die Reduzierung des Osmiums bewirken. Diese Fettsäuren, so darf man mit L. annehmen, sind in den tieferen Schichten der menschlichen Oberhaut sei es gebunden als Fett, sei es frei vorhanden. — L. bespricht weiter das Verhältnis des Pigments in der Oberhaut zu der Osmiumkörnerschicht, welche genau dem Sitze des Pigments entspricht. Daſs die osmierten Körnchen Pigment wären, ist ausgeschlossen. Wohl aber ist die Annahme gestattet, daſs entweder das Pigment selbst als solches analog dem Fett Überosmiumsäure zu reduzieren vermag, oder daſs Fette oder Fettsäuren an dem Aufbau des Pigments beteiligt sind oder mit ihm gewisse Beziehung haben. Analoga für diese Auffassung findet man beispielsweise in den Krukenbergschen „Lipochromen“, womit eine ganze Gruppe von Pigmenten bei niederen Tieren und Pflanzen bezeichnet wird.

Diskussion. Herr Wolters berichtet ausführlich über einen Fall von Eczema solare bei einer 38jährigen Patientin, das sich unter dem Gebrauche eines mit Kalium bichromatum gelbbraun gefärbten Schleiers besserte. Die besten Dienste leistete gegen die Affektion ein grüner Schleier, weniger gut war ein blauer. W. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlüsse:

1. gelbe, blaue und grüne Schleier halten, und zwar letztere am besten, die das Ekzem verursachenden Strahlen zurück.

2. Da die violetten Strahlen durch Grün nicht absorbiert werden, so können es die chemisch wirksamen Strahlen violett und ultraviolett nicht sein, welche die Erkrankung hervorrufen.

Welche Strahlen im Spektrum durch die verschiedenen Schleier ausgelöscht werden, dies festzustellen ist W. noch nicht gelungen. Weitere Versuche über diesen Gegenstand werden vielleicht bessere Resultate liefern.

Redner neigt mehr zu der Ansicht, dafs es die Wärmestrahlen der Sonne sind, welche hier das wirksame Agens abgeben.

Herr SAALFELD macht Mitteilung über eine chemische Schwefellanolinverbindung, welche in der Fabrik von Jaffé & Darmstädter hergestellt wird und bei einem Schwefelgehalt von ca. 3% vor einer gewöhnlichen Schwefelsalbe den Vorzug besitzt, dafs sie nicht reizend wirkt und als indifferente Salbe in vielen Fällen von Ekzem, namentlich auch Kinderekzem, sehr gute Heilresultate erzielt hat.

Eine weitere Publikation über Schwefellanolin behält sich Redner vor.

Herr LEWIN tritt ebenfalls dem Mythus entgegen, dafs Rheuma und Arthritis einer Anzahl von Hautkrankheiten zu Grunde lägen.

Redner hat mehrere Kranke daraufhin untersuchen lassen. Bei keinem konnte eine irgendwie auffallende Vermehrung der Harnsäure im Urin nachgewiesen werden.

Wohl sind für die Entstehung des Ekzems die Nerven von Einflufs, und zwar die vasomotorischen und trophischen. Die Bedeutung der Vasomotoren für die Hautkrankheiten ist überhaupt noch nicht genügend studiert. Redner möchte, nachdem er bereits im Jahre 1877 verschiedene Vorträge über diesen Gegenstand in der Gesellschaft der Charité-Ärzte gehalten, zu weiteren Studien auffordern. — L. empfiehlt neben der externen Behandlung des Ekzems innerlich Ergotin in gröfseren Dosen (bis zu 1 g pro die), das ihm in manchen hartnäckigen Fällen gute Dienste geleistet hat.

Herr VON SEHLEN will auf die Frage des Eczema seborrhoicum UNNA nicht näher eingehen. Es bleibe UNNAS Verdienst, dafs er eine gewisse Kategorie von Ekzemen aus dem grofsen Sammelbegriff loslöste und ihre parasitäre Natur stärker urgierte, als das bis dahin der Fall gewesen war. — Redner pflichtet sodann der herben Kritik PICKS an der Flora dermatologica durchaus bei (!), meint aber, dafs, um den von UNNA gesuchten spezifischen Erreger des Ekzems zu isolieren, die Kenntnis der „accidentellen Hautpilze," wie Redner sie genannt habe, ein notwendiges Erfordernis sei.

Herr PETERSEN freut sich, auf dem Kongresse einen Standpunkt in der Ekzemfrage vertreten zu sehen, den er in seinen Vorlesungen bereits seit Jahren betont habe.

Eine Reihe von Ekzemen sei rein lokalen Ursprunges, so die Gewerbeekzeme, die Arzneiekzeme. Hier sei neben der Beseitigung der Ursache eine lokale Behandlung ausreichend. Die andere Reihe von Ekzemen beruhe auf Veränderungen im Gesamtorganismus, die eine besondere Disposition für Ekzeme zeigten. Hier müsse zur Lokalbehandlung noch die interne hinzutreten. Namentlich müsse dem Nervensystem und der Verdauung Aufmerksamkeit zugewandt werden. — Bei nervösen Personen, bei Diabetikern, Herz- und Nierenleidenden heilten die Ekzeme aufserordentlich schwer.

Herr NEUMANN hat an unreinlichen Individuen Untersuchungen angestellt, um die an den Epidermismassen haftenden pflanzlichen Parasiten zu bestimmen. Er fand eine ganze Flora von Mucor mucedo, Aspergillus, Penicillium u. a. vor. Weiter betont Redner gleichfalls das Auftreten von Ekzemen, auch Gewerbeekzemen, als Komplikation z. B. bei chronischem Magenkatarrh, Diabetes, Morbus Brightii.

Herr EHRMANN macht einige Mitteilungen über den Fettnachweis in den Geweben und dessen Beziehungen zur Pigmentfrage.

Herr KAPOSI pflichtet im grofsen und ganzen den Ausführungen der Professoren NEISSER und PICK bei. — Der alte HEBRA habe in seinem Lehrbuche alles gebracht, was wir heute noch über Ekzem als richtig ansehen, und vieles, was heute von manchen „neu entdeckt“ würde. HEBRA habe die äufserliche Behandlung methodisch und mit Erfolg entwickelt, habe aber auch die innerlichen Mittel gegeben und dringend empfohlen, wo er die Ursache des Ekzems auf gewisse Zustände der Blutmischung, der Gesamternährung, des Nervensystems zurückführen konnte. — Charakteristisch hierfür ist HEBRAS Lieblingsbeispiel von der Wäscherin, die Ekzem bekommt, wenn sie chlorotisch wird, es verliert, wenn sie gesund aussieht, trotzdem sie fort mit Lauge hantiert etc.

Redner spricht im folgenden in der ihm eigenen, anregenden Weise über das „Eczema seborrhoicum“ und Eczema parasitarium, wendet sich dann mit einigen Worten der Therapie zu, bezüglich deren er mit VEIEL übereinstimmt. Jedes einzelne Hautorgan sei ein individuelles, und bei der Behandlung der Hautkrankheiten müsse man streng individualisieren.

16. Herr NEISSER. **Über das Tumenol.** (S. Referat Bd. XIV, S. 41.)

C. Berliner-Aachen.

(Fortsetzung folgt.)

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 14. Juni 1892.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Vorsitzender Herr LEWIN. Schriftführer Herr SAALFELD.

1. Herr LEDERMANN stellt ein Kind mit **Impetigo contagiosa** vor. Der Fall ist dadurch ausgezeichnet, dafs die gewöhnliche Prädilektionsstelle, das Gesicht des 2jährigen Patienten, von der Affektion verschont ist, während auf dem ganzen Körper aufserordentlich deutlich die Bildung der primären Blasen und deren Eintrocknung zu den bekannten honiggelben Borken zu beobachten ist. Die Blasenbildung hat abnorm lange angehalten, besteht jetzt schon seit 5 Wochen, während man in der Regel überhaupt nicht die primären Blasen, sondern nur die sekundären Borken zu beobachten Gelegenheit hat. Am meisten ist der untere Teil des Körpers befallen, wo das Kind leicht kratzen kann.

Diskussion.

Herr LEWIN fragt, ob nicht in dem Hause des erkrankten Kindes ähnliche Erkrankungsfälle vorgekommen sind. Er hat einmal in einem Hause mehrere Erkrankungen in verschiedenen Familien beobachtet.

Herr RICHTER hat einmal eine Epidemie beobachtet, indem eine Hebamme die Impetigo contagiosa auf ein neugeborenes Kind übertrug, durch das dann andere infiziert wurden. Eine dritte Familie, die sich das zum Baden des jüngsten Kindes benutzte Waschgefäfs lieh, wurde ebenfalls davon befallen.

Herr LEDERMANN hat den Übertragungsmodus in seinem Falle nicht ermitteln können. Pilze bei Impetigo contagiosa wurden von RIEHL beschrieben. Eine eigenartige Ansteckungsweise berichtet FABER. Eine Frau säugt ihr eigenes und ein fremdes Kind. Sie erkrankt an Impetigo contagiosa und infiziert beide Kinder. Von dem fremden Kinde akquiriert dessen Mutter wieder die Affektion.

Herr LASSAR berichtet, dafs in seinem Institut Staphylococcus aureus gefunden ist. Vor 4 Jahren wurden ihm Reinkulturen vom hygienischen Institut übergeben, die von einer im Sinne des Wortes kontagiös aufgetretenen Hautkrankheit stammten. Dem Bericht nach handelte es sich um eine gröfsere Epidemie von Impetigo

contagiosa, bei welcher Übertragungen gelegentlich der Pockenimpfung vorgekommen waren. HELLER untersuchte damals die Reinkulturen und impfte eine gröfsere Zahl von Patienten mit den Bakterien. Die Impfungen ergaben eine in Entwickelung und Aussehen an Impetigo contagiosa erinnernde Hautaffektion, die jedoch keine Tendenz zur Weiterverbreitung hatte und sich in klinischen Details von der typischen Impetigo contagiosa unterschied. Was den Fall des Herrn LEDERMANN betrifft, so macht L. auf zwei differentiell-diagnostisch zu erwägende Krankheitsbilder aufmerksam: auf Scabies, wegen des Freiseins des Gesichts von der Affektion, und auf generalisierte Vaccine.

Herr LEDERMANN berichtet, dafs gegen Scabies der Mangel der Gänge, gegen generalisierte Vaccine das Fehlen der Narben spricht.

2. Herr LEDERMANN: **Fall von Hodentumor.** Der vorgestellte Patient hat sich anscheinend zu derselben Zeit mit Lues und Gonorrhoe infiziert. Vor 8 Wochen nämlich zeigte der Kranke eine Roseola und dabei bestand eine linksseitige Hodenentzündung des ganzen Hodens. Während einer antisyphilitischen Behandlung ging die Hodenaffektion nicht zurück, sondern gab Veranlassung zur Bildung eines Infiltrats, das allmählich erweichte. Vor 8 Tagen wurde daher eine Inzision gemacht, wobei sich kein Eiter, sondern eine zähe, schleimige Masse entleerte. L. glaubte, dafs der Prozefs auf der Abschnürung eines Hodenteils durch die therapeutische Einwickelung des Organs mit Quecksilberguttaperchapflastermull beruhe. Vor einigen Tagen entstand nun eine rechtsseitige Epididymitis und Orchitis, und seit 3 Tagen kann man rechts eine ähnliche Infiltration konstatieren wie damals links. Man mufs hier wohl eine gonorrhoische Epididymitis annehmen, da die Affektion für eine syphilitische zu frisch ist. Selten ist in diesem Falle die doppelseitige Orchitis und Epididymitis. Die Inzisionsflüssigkeit liefs nur Eiterkörperchen und Schleim, aber keine Samenfäden konstatieren. Trotz Hg und Jodkalium ist die Hodenanschwellung wenig zurückgegangen, weshalb wohl Syphilis auszuschliefsen ist. Links besteht noch die Fistel.

Herr LEWIN bemerkt, dafs ein Übergang der Epididymitis in Eiterung sehr selten ist; er glaubt, dafs es sich um eine Lymphanschwellung handelt.

3. Herr RICHTER stellt einen 10jährigen Knaben mit **Lichen ruber planus** vor, bei dem sich vor einem Jahre zuerst an den Füfsen kleine in der Haut liegende, rote, juckende Knötchen zeigten, die dann am Hals und schliefslich an den Genitalien auftraten. Der Lichen tritt hier gruppenweise auf. Braune Pigmentflecke scheinen Reste ursprünglicher, spontan geheilter Effloreszenzen darzustellen. Vor 8 Tagen ist der Knabe revacciniert worden, die Impfung hat keinen Einflufs auf den Lichen gehabt. Therapie: Sol. arsen. Fowl.

4. Herr LEWIN stellt 2 Patienten mit **Lichen syphiliticus** vor, von denen der eine mit Roseola kompliziert ist. Beide Fälle zeigen Beispiele von galoppierender Syphilis, indem erst vor 2 Monaten das Ulcus vorhanden war, das, wie bei der galoppierenden Syphilis überhaupt, nur wenig entwickelt sich zeigte. Dann folgten am Palatum molle Ulzerationen. Auffällig ist die bisher noch nicht recht gewürdigte gruppenförmige Anordnung der Lichenknötchen in kreisähnlichen Linien. Jucken haben die Effloreszenzen nie veranlafst. Nach 40 Sublimatinjektionen ist die Hautaffektion fast völlig geschwunden. Doch bald darauf zeigte sich bei dem einen Patienten eine Iritis gummosa des rechten Auges. Syphilisrezidive kommen nach jeder Therapie, selbst nach Sublimatinjektionen vor, weshalb L. die Forderung aufstellt, die Syphilisbehandlung mit Unterbrechungen längere Zeit fortzusetzen, besonders so lange die zu fühlenden Drüsen die runde harte Form haben.

Diskussion.

Herr Isaac erinnert unter Hinweis auf die Schwierigkeit der Diagnose an einen von ihm in der dermatologischen Vereinigung vorgestellten Fall, bei dem man zwischen Lichen planus, Acne cachecticorum und Lichen syphiliticus schwanken konnte. Die Therapie bestätigte die Diagnose Syphilis.

Herr Saalfeld fragt in Bezug auf den Richterschen Fall, ob im Munde etwas gefunden wurde, was Herr Richter verneint.

Herr Blaschko meint, dafs sich bei den Puellis publicis eine so lange Behandlung nicht durchführen läfst.

5. Herr Lewin stellt eine 44jährige Puella publica mit **ulzerösem Hautsyphilid und Icterus melas** vor. Patientin ist vor 27 Jahren infiziert, vor 25 Jahren wurde sie bereits in der Charité mit subkutanen Sublimatinjektionen behandelt. Sie erhielt jedoch nur 12 Injektionen und wurde, da die Symptome geschwunden waren, damals entlassen; jetzt werden meisten 30--40 Injektionen gemacht. 3 Jahre darauf wurde sie von einem Kinde entbunden, das lange Zeit an Ohrenflufs litt und schliefslich angeblich an Bräune starb. Vor 6 Jahren traten Schmerzen in der Lebergegend auf, die sich nach einer Kur mit Karlsbader Salz besserten. Seit 2 Jahren leidet die Kranke an einem intensiven Ikterus. Ihre Hautfärbung ist völlig gelbgrünlich, an die Farbe der Zitronenschale erinnernd. Seit 3 Wochen zeigten sich Geschwüre am Kopf und am Körper; anfangs waren es nur Pusteln, die dann allmählich die Form der Rupia annahmen. Der Ikterus ist, wie erwähnt, ein Icterus melas; auch die Schleimhäute, speziell des Mundes und der Vagina, sind ikterisch gefärbt. Harn und Koth zeigen das charakteristische Aussehen. Während der Speichel normal ist, hat der Fluor vaginalis und uterinus eine deutliche Gelbfärbung. Jucken und Gelbsehen besteht nicht. Auf Brust, Rücken und Kopfhaut finden sich zahlreiche, mäfsig tiefe, charakteristisch syphilitische Ulzerationen und fast schwarzgefärbte Rupiaborken. Dieselben sprechen natürlich für Syphilis; hier besteht auch eine Atrophie der Zungenbalgdrüsen und der Papillae circumvallatae.

Die Leberdämpfung ist bedeutend, ebenso zeigt sich die Milz vergröfsert; obgleich die Leber hart ist, ist sie nicht höckerig. Appetit ist gut. Inwiefern der Ikterus mit der tertiären Lues zusammenhängt, ist schwer zu sagen; vielleicht handelt es sich um amyloide Degeneration der grofsen Drüsen des Unterleibes, insbesondere der Leber. Bei den syphilitischen Affektionen der Leber tritt nach 2 Jahren Cirrhose und demnächstige Verkleinerung des Organs ein.

Diskussion.

Herr Hoffmann möchte die Affektion der Leber nicht für eine syphilitische erklären; bei der amyloiden Degeneration wird der Ikterus und die denselben begleitenden Symptome (Entfärbung des Stuhlgangs etc.) nie so intensiv. Solch intensiver Ikterus kann nur bei vollständigem Verschlufs der Gallengänge eintreten, und er ist geneigt, die Ursache mehr in Gallensteinen zu suchen, wofür auch die früher vorhanden gewesenen Schmerzen sprechen.

Herr Jaschkowitz glaubt, dafs die harte Konsistenz, sowie die Vergröfserung der Leber für Gallensteine spreche.

Herr Lewin meint, dafs Gallensteine doch innerhalb 2 Jahren Kolikanfälle hätten hervorrufen müssen, doch neigt er sich der Ansicht mehr hin, weil die übrigen Symptome gegen eine syphilitische Leberaffektion sprechen.

6. Herr Heller. **Demonstration einer mikrophotographischen Lampe.**

Er zeigt eine nach seinen Angaben konstruierte kleine elektrische Glühlampe, welche, unmittelbar an das Mikroskop gestellt, mikrophotographische Aufnahmen aufserordentlich erleichtert. Er konnte mit dieser Lampe die mit den besten Objekten

sichtbaren Linien der mikroskopischen Testobjekte (Pleurosigma angulatum) in dem Photogramm darstellen. Die kleine Einrichtung ermöglicht ohne Zuhülfenahme komplizierter Beleuchtungsvorrichtungen mit Benutzung der gewöhnlichen Camera und des gewöhnlichen Mikroskops auch dem weniger geübten Mikrophotographen in kurzer Zeit brauchbare Photographien mikroskopischer Präparate herzustellen. Die speziellen Vorteile der Lampe sind, weil nur für den mit der Technik der Photographie Vertrauten verständlich, für ein Referat nicht geeignet.

Herr Saalfeld. **Krankenvorstellung.** Bei dem 55jährigen Patienten bestehen seit einem Jahre Schmerzen im Halse beim Schnauben und Räuspern; vor $^1/_2$ Jahre zeigte sich ein Geschwür im Halse, das einmal kauterisiert wurde. Dann wurde Jodkalium und lokal zur Linderung der Schmerzen Kokain gegeben. Als Patient zu S. kam, wurde folgender Status konstatiert. Patient ist ein großer hagerer Mann, nicht kachektisch, fühlt sich im ganzen kräftig, ist nicht abgemagert. Er ist Vater von 12 Kindern, von denen das jüngste 9 Jahre alt ist; seine Frau hat nie abortiert, und Patient ist früher stets gesund gewesen, will nie syphilitisch infiziert gewesen sein. Zeichen bestehender oder früherer Lues sind nicht vorhanden. Pharynx im ganzen bläulichrot, im Nasenrachenraum viel Schleim. Vom Zäpfchen ab rechts oben nach vorn bis zu den Backenzähnen und nach unten seitlich bis zur Zungenwurzel besteht ein scharfrandig angefressenes Geschwür. Die Ulzeration geht in der Zäpfchenpartie am tiefsten, hier besteht auch der stärkste gelbliche Belag. Es bestehen spontan auftretende, sehr heftige Schmerzen, besonders nachts. Beim Schlucken von harten Bissen sind nur geringe Schmerzen vorhanden, die aber beim Leerschlucken stärker sind. Es bestehen rechts eine kleine Kubital-, beiderseits geringe Inguinaldrüsenanschwellungen. Deutliche, abgrenzbare Submaxillardrüsen sind nicht vorhanden, dagegen fühlt sich die rechte Kieferwinkelgegend etwas stärker an. Es wurde nun mit Rücksicht darauf, daß es sich doch vielleicht um Lues handeln könne, eine Schmierkur mit nachfolgendem Jodkalium angewandt. Die Therapie war ohne Einfluß. Seit 6 Wochen wird Patient mit konzentrierter Methylenblaulösung 4 mal täglich gepinselt, und glaubt er, einigen Vorteil davon zu haben, doch kann er ohne Kokain nicht auskommen. Ein Stückchen ist excidiert, die mikroskopische Untersuchung ist noch nicht vorgenommen. Die Untersuchung des Sekrets hat bisher keine Tuberkelbazillen ergeben. Gegen Karzinom spricht der Umstand, daß die Drüsen nicht in dem Maße angeschwollen sind wie sonst, trotzdem auf der rechten Seite eine gewisse Härte besteht. S. wird in nächster Sitzung ausführlicher berichten.

Diskussion.

Herr Lewin meint, daß der Nachweis der Bazillen nur selten und dann nach Durchsuchung einer großen Zahl von Präparaten gelingt, daß jedoch der oberflächlich fortschreitende Zerfall des Geschwürs für Tuberkulose spreche.

Herr Rosenthal hält die Ulzeration für eine karzinomatöse und stützt sich bei seiner Auffassung auf die Beobachtung eines analogen Falles, bei dem lokale Methylenblauapplikation einen auffallenden, leider aber wieder schnell schwindenden Erfolg brachte.

Herr Palm erinnert an die außerordentliche Schmerzhaftigkeit des Schluckaktes bei Tuberkulose des Pharynx, während der demonstrierte Kranke bisher über Schmerzen beim Schlucken nicht geklagt hat.

Besprechungen.

Impetigo Bockhart, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscefs, von Dr. Unna. (*Berl. Klinik.* 1892, Heft 46.) In anschaulichster Weise schildert uns Unna die Lebensschicksale des Begriffes „Impetigo“ von Willans Definition seiner verschiedenen Impetigoarten bis zu den Bockhartschen Impfversuchen. Bei Wilson und Bateman eine grofse Rolle spielend und sorgfältig von der Prurigo favosa unterschieden, war es Rayer, der die beiden Begriffe verschmolz und den neuen Begriff des impetiginösen Ekzems einführte. Wilson hebt noch die von vornherein rein eitrige Natur der Impetigopusteln hervor, ohne aber daran eine genaue Begrenzung derselben zu knüpfen, vielmehr unterwarf er sich später bedingungslos der vernichtenden Kritik von Hebra über den Impetigobegriff, der zwischen einer von Anbeginn rein eitrigen Pustel und einem eitrig werdenden Bläschen keinen Unterschied gemacht wissen wollte und die Krankheit „Impetigo“ dem Ekzem resp. dem impetiginösen Ekzem einverleibte. Während Hebra aber den Begriff „Impetigo“ verdammte, sprach er doch von „metastatischen Pusteln“ und stellte doch die „Impetigo herpetiformis“ als selbständige Krankheit auf. Ergänzt wird Hebra dann noch darin von Kaposi, der in einer Diskussion gegen Duhring erklärte: „Bei Impetigo tauchen von vornherein eiterhaltige Bläschen auf und immer nur solche während des ganzen Krankheitsverlaufs.“

Hat die Hebrasche Schule also den Begriff Impetigo bekämpft, so hat sie doch de facto die primären Eiterblasen der Haut anerkannt. Den vollen Beweis für eine selbständige Pustelerkrankung hat aber erst Bockhart 1887 durch seine Impfversuche mit Staphylococcus pyogenes albus und flavus erbracht und dabei gleichzeitig die Beziehungen dieser Pustelbildung zur Furunkulose und kokkogenen Sykosis dargelegt. — In vorliegender Arbeit giebt Unna zunächst ein klinisches Bild der kokkogenen Impetigo: Die Gröfse variiert sehr, von einem kleinsten Pünktchen bis zu Eiterherden von 2—3 cm Durchmesser; jedoch ist charakteristisch ein Konnex zwischen Umfang und Höhe; letztere beträgt $^1/_2$—$^3/_4$ des Längsdurchmessers, je nach der Ausdehnungsfähigkeit der Hornschicht. Form im allgemeinen rund; die gröfseren Pusteln meist oval mit kleinen zackigen Ausläufern. Farbe zuerst hellschwefelgelb, später grüngelb; der Inhalt von vornherein undurchsichtig. Oberfläche glatt, anfangs leicht, später stärker gespannt; nach einigen Tagen runzlich durch Wasserabgabe, auch wohl eingesunken, aber nie gedellt. Die sehr dünne Decke besteht nur aus Hornschicht Die Pustel ist stets einkammrig; der Inhalt ein reiner Eitertropfen; der Boden auch nach Entfernung des Inhalts weifsgelblich, der Papillarkörper abgeflacht. Die Umgebung „inaktiv“, der Hof höchstens ganz wenig gerötet; keinesfalls eine erhebliche Zone erweiterter Kapillaren in der Umgebung. Der Verlauf stets eigenartig: rasches Ansteigen, langsames Abfallen. Niemals bleiben nach unkomplizierten Pusteln Narben zurück. Die vollkommene Eintrocknung dauert 2—14 Tage. Die Verteilung ist abhängig vom Modus der Infektion (Umschläge, Abreibungen, kratzende Nägel etc.). Verschiedenheiten durch die Lokalisation: Im Gesichte rascher Verlauf, stärker geröteter Hof; an Bart und Achselhaaren niemals gedellt, sondern zeltartig aufgespannt; am Kopfhaare führen sie nicht zu ausgedehnten Verklebungen wie die Ekzeme; der Ausdruck „impetiginöses Kopfekzem“ ist deshalb nur mit Vorsicht zu verwenden. — Jucken fehlt stets zum Unterschied vom Ekzem.

Von grofsem Interesse ist der histologische Befund: Die Impetigopustel ist eine unter der Hornschicht, zwischen ihr und der intakten Stachelschicht eingelagerte, linsenförmige Eitermasse. Unter der Hornschicht, nach dem Centrum des Eiterherdes an Zahl abnehmend, liegen die Eiterkokken; in Stachelschicht und Kutis sind sie nicht vorhanden. Erweiterung der Kapillaren, Durchsetzung mit Leukocyten nur minimal nachweisbar und in keinem Verhältnis zu dem Oberhautabscesse. Keine Nekrose des Epithels in der Umgebung. Für die Entstehung von Furunkeln erkennt U. nicht die Follikel (Bockhart), noch weniger die Knäueldrüsen (Escherich) als Ausgangpunkt an; erstere können es sein, letztere sind es nie. — Das Vorkommen von „metastatischen Impetigines“ ist zweifelhaft.

Hervorzuheben ist noch, dafs in keinem Falle Staphylokokken innerhalb von Leukocyten anzutreffen waren.

Erfordert das im obigen von U. mit gewohnter Klarheit aufgestellte Krankheitsbild einerseits eine gröfsere Begrenzung des Begriffes „impetiginös“, einen Ersatz desselben in vielen Fällen durch „pustulös“, so wird voraussichtlich es andererseits nötig sein, den Begriff der Impetigo zu einem Gattungsbegriff für alle durch pyofore Organismen erzeugte Oberhautabscesse zu erweitern, von der die Bockhartsche „Impetigo staphylogenes“ eine Form darstellen würde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende, von Georg Letzel. (Wien und Leipzig; Urban und Schwarzenberg, 1892.) „Kurz und bündig“ ist das Motto, das der Verfasser des neuen Lehrbuchs der Geschlechtskrankheiten bei seiner Arbeit nie aus den Augen gelassen haben will. Nun, so ganz kann man dem nicht zustimmen, denn 436 Seiten sind für ein derartiges Buch wohl reichlich. Aber hätten wir denn eine gröfsere Kürze gewünscht? Wahrlich nicht! denn der bedeutende Umfang des Buches ist nur bedingt durch eine, jedem Praktiker zweifellos sehr willkommene Fülle in der Praxis erprobter und für den Praktiker bestimmter Ausführungen über Symptomatologie, Diagnose und Therapie. Gerade diejenigen über die therapeutischen Mafsnahmen, über die Ordinationen und technischen Handgriffe sind klar und ausführlich, ohne dafs etwas Überflüssiges gesagt oder alles von irgend einer Seite Empfohlenes kritiklos wiedergegeben wäre. Die Theorie ist dabei genügend berücksichtigt; feststehende Thatsachen fehlen nicht, vorhandene Streitpunkte sind kurz fixiert, ohne in einer für ein Lehrbuch ungeeigneten Weise breitgetreten zu sein. Sowohl der praktische Arzt wie der Spezialist werden sich oft guten Rat in dem Buche holen können, wozu besonders die 71 guten Holzschnitte beitragen werden.

Die in Betracht kommenden Augenkrankheiten sind von Ancke-München, die Syphilis des Nervensystems von Leopold Loewenfeld-München, die syphilitischen Erkrankungen des Mundes, Rachens, der Nase, des Kehlkopfes und der Ohren von Puricelli-München bearbeitet.

Die gute Ausstattung wird gewifs das Ihrige dazu beitragen, dafs dieses durchaus praktische Lehrbuch seinen Weg macht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die menschliche Haut, Rede von K. Francke. (München, Georg Wilhelm, 1892.) Der Vortragende giebt eine populäre Darstellung über den Aufbau, das Leben und die Gesundheitspflege der Haut. Wenn er gegen Fufsschweifs als vorzügliches Mittel pulverisierte Salizylsäure empfiehlt, dann meint er hoffentlich das bekannte 3%ige Salizylpulver und nicht die mazerierende reine Salizylsäure. Noch unvorsichtiger erscheint die Empfehlung der 5%igen Chromsäure für denselben Zweck; solch giftige Mittel Laien zur Anwendung ohne ärztliche Aufsicht in die Hand zu geben, ist wohl nicht angebracht. — Sehr einverstanden wird dagegen jeder sein,

wenn er für jeden Menschen viel Aufenthalt im Freien und morgens eine kalte Abwaschung fordert, wenn auch letzteres, wie der Vortragende auch erwähnt, einer gewissen Einschränkung bedarf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die gesundheitsschädliche Tragweite der Prostitution. Eine sozial-medizinische Betrachtung von Oscar Lassar. (Berlin, 1892, August Hirschwald.) In einer Zeit, in der die Frage der Bekämpfung der Schäden der Prostitution so auf der Tagesordnung steht, kann eine Schrift von Lassar, die in einer auch für Laien verständlichen Weise abgefafst ist, nur willkommen sein, wie alles, was geeignet ist, das Publikum über die Gefahren der Prostitution aufzuklären. — Die vorgeschlagenen Mafsnahmen entsprechen in ihren Grundzügen ja den allgemein herrschenden Anschauungen, nur dürfte die Forderung, auch die männlichen Besucher der Bordelle beim Eintritt einer Untersuchung zu unterwerfen, kaum durchführbar sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die orthopädische Behandlung der Sattelnase mittelst von der Zahnheilkunde gebotenen Hülfsmitteln, von Äyräpää (Knopio, Finnland, 1892.) Die bisherigen Arten der Rhinoplastik lassen auch bei den sinnreichsten und kompliziertesten Methoden meist im Stich, indem sowohl das kosmetische Resultat als auch die Funktion durch Narbenschrumpfung beeinträchtigt oder aufgehoben werden. Auch die bisher üblichen Prothesen verursachten meist Reizerscheinungen und machten sie so dem Träger unleidlich. Verfasser teilt nun 20 Fälle mit, die er mittelst von ihm konstruierter Apparate zur Aufrichtung des Nasenrückens behandelt hat, und die in der That nach den beigefügten Abbildungen ein höchst beachtenswertes, teilweise vorzügliches Resultat ergaben. Das Prinzip ist, dem eingesunkenen Nasenrücken eine Stütze zu geben, wobei Verfasser das harte Kautschuk oder weiches Gummi verwandte und so der Narbenschrumpfung entgegenwirkte. Falls gleichzeitig ein Defekt im Gaumen vorhanden ist, wird durch denselben an der Gaumenplatte ein Stift befestigt, der den Stützapparat trägt. Ist kein Defekt vorhanden, so durchbohrt Verfasser den Gaumen, führt ebenso durch diese Öffnung den Stift in die Nase und befestigt an demselben einen Träger. Ist keine Kommunikation vorhanden, und verweigert Patient die Durchbohrung, so mufs der Apparat sich am Boden und an der Seite der Nasenhöhle aufstützen. Die Aufrichtung kann dann nur sehr langsam vor sich gehen, da sonst die Schleimhäute leicht gereizt und wund gemacht werden; die Apparate müssen daher aus weichem Gummi gemacht werden. So wird wohl das Profil etwas gehoben und die Atmung frei, aber die Nase bleibt breit und häfslich, denn das Profil hebt sich nicht im selben Masse, wie die Flügel sich verbreitern. Natürlich müssen die sich anspannenden Narben vorher durchtrennt werden und plastische Operationen, bezw. Prothesen zur Ergänzung des Fehlenden zu Hülfe genommen werden.

F. Hahn-Bremen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Bakteriologie.

Neuer Beitrag zum Studium der inneren Struktur der Bakterien, von A. Trambesti und G. Galeotti. *(Centralbl. f. Bakteriol. und Parasitenkunde.* 1892. No. 23.) An einem von den Verfassern aus dem Trinkwasser isolierten, genau gekenn-

zeichneten, nicht pathogenen Mikroorganismus studierten sie den inneren Bau. Derselbe zeigt lange bazilläre und kurze eiförmige Formen; erstere sind teils homogen mit wenig lichtbrechenden Punkten, teils ganz lichtbrechend, letztere stets stark lichtbrechend. Die lichtbrechenden Teile nehmen den Farbstoff (Safranin oder Löfflersche Lösung) auf. Mittels einer hydro-alkoholischen Safraninlösung verfolgten die Verfasser die Entwickelung des Mikroorganismus. In der ersten Periode stellt er ein sich gleichmäſsig färbendes Stäbchen dar; später differenzieren sich eine Menge intensiv gefärbter Körperchen, die sich peripherisch anordnen, dann im Innern zu eiförmigen Kranzformen zusammentreten, die schlieſslich frei im Bazillus liegen. Diese elliptischen Formen treten schlieſslich aus dem platzenden Bazillus aus, um dann, selbst freigeworden, bazilläre Form anzunehmen. Den ganzen Vorgang fassen die Verfasser als eine wirkliche Kernteilung auf, indem sie mit Ernst und Wunderlich den Bazillus als Kern betrachten. Da die geschilderten ovalen Formen geringe Widerstandsfähigkeit gegen Hitze zeigen, sich nicht mit den gewöhnlichen Färbungsmitteln für Sporen färben, fast ausschlieſslich die jungen Agarkolonien bilden, glauben sie, die Beobachtung nicht als Sporenbildung ansehen zu können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die relative Virulenz pyogener Mikroorganismen in per primam geheilten Wunden, von Konrad und Buedinger. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1892. No. 22.) Die Untersuchung des Sekrets von per primam geheilten Wunden nach antiseptisch oder aseptisch ausgeführten Operationen ergiebt entwickelungsfähige Mikroorganismen und zwar Staphylococcus albus und aureus, sowie Streptococcus; von einer absolut keimfreien Wundbehandlung kann man also nicht sprechen. Während Rossowski aber behauptet, daſs da, wo Staphylococcus pyogenes aureus gefunden werde, stets Störungen der Wundheilung auftreten, glaubt Verfasser, daſs auch dieser die Heilung per primam nicht zu beeinträchtigen braucht. Es drängt sich nun die Frage auf, ob denn die in per primam heilenden Wunden gefundenen Bakterien, welche sich als pyogene Staphylokokken manifestieren, unter den obwaltenden Verhältnissen überhaupt virulent sind oder ob sie eine nichtvirulente Spezies darstellen. Die zur Entscheidung dieser Frage unternommenen Versuche an der menschlichen Haut (linker Oberarm des Verfassers) waren durchweg positiv und bewirkten wie gewöhnlich Follikularabscesse. Einmal trat eine heftige Eiterung auf durch Staphylococcus citreus, während der aus derselben Wunde gezüchtete Staphylococcus aureus nur die gewöhnlichen Erscheinungen hervorrief. Die Eiterung griff in die Tiefe und führte zu gröſseren Abscessen; daran schloſs sich dann eine etwa zwei Monate dauernde Furunkulose um den linken Arm. Aus allen Furunkeln konnte der Staphylococcus pyogenes citreus gezüchtet werden. — Verfasser faſst seine Resultate dahin zusammen, daſs die in per primam heilenden Wunden gefundenen Staphylokokken (aureus, albus und citreus) virulente Eigenschaften besitzen und die Rolle des Trägers der stärksten Infektiosität übernehmen können. Durch Resorption solcher in „reinen“ Wunden lebender Bakterien wird das aseptische Wundfieber hervorgerufen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Einfluſs des Lichts auf Bakterien, von H. Buchner. (*Centralbl. f. Bakteriol. und Parasitenkunde,* 1892, No. 25). Verfasser prüfte den Einfluſs des Lichts auf im Wasser befindliche Bakterien (Typhusbazillen, B. coli communis, B. pyocyan., Choleravibrionen etc.); er fand folgendes: Das Licht übt auf die genannten im Wasser suspendierten Bakterienarten einen gewaltigen, desinfizierenden Einfluſs aus; z. B. waren in einem Wasser, das im Beginn des Versuchs ca. 100000 Keime enthielt, nach einstündiger Exposition im direkten Sonnenlicht überhaupt keine Keime nachzuweisen. Auf die aus diesen Versuchen zu

ziehenden Schlüsse in hygienischer Beziehung näher einzugehen, ist hier nicht der Ort. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufige Mitteilung über einige Mikroorganismen der normalen Haut, von G. W. Damman. (*Brit. med. Journ.*, 16, VII, 1892.) Aus Geschabsel von normaler, desinfizierter Haut hat unter allen üblichen Kautelen Verfasser sechs, sonst, wie es scheint, noch nicht beschriebene Mikroorganismen gefunden, die er mit folgenden Namen benennt: Bacillus epidermidis capsulatus, B. gelatinosus, B. fluorescens epidermidis, B. luteus liquefaciens, Staphylococcus flavescens und Micrococcus flavescens subsidens. Die Morphologie und Biologie eines jeden sind kurz geschildert. *Philippi-Nieheim.*

Traumatische Entzündungen.

Le Pileur sprach in der Société médicale de L'Elysée über **Entzündung der Mundschleimhaut durch gesunde Zähne**. Er teilt drei recht lehrreiche Fälle mit, in denen eine ursprünglich anderweitig entstandene Plaque — im ersten Fall z. B. eine Aphte — durch kleine hervorspringende Riffe an sonst gesunden Zähnen beständig gereizt wurde, dadurch ihr Aussehen veränderte und diagnostische Schwierigkeiten bereitete. Im ersten Fall war schon ein Chirurg zur Stelle, um das angebliche Kankroid der Unterlippe zu operieren. — Eine kleine Guttaperchakappe genügte in diesem und den beiden anderen Fällen, um die Riffe unschädlich zu machen und die Geschwüre zur Heilung zu bringen. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 139.) *Türkheim-Hamburg.*

Zur Behandlung von Verbrennungen, von R. A. von Bardeleben. (*Deutsch. med. Wochenschr.* No. 23.) Auf der äußeren Abteilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses im Friedrichshain wurde seit dem Jahre 1889 folgende Behandlung bei Brandwunden ausgeübt. Nach gründlicher Säuberung der verbrannten Stellen wurden dieselben mit Karbol- (3%) oder Salizyl- (3‰) Säurelösungen abgespült. Sodann erfolgte nach vollständiger Entfernung etwa vorhandener Blasen und ihres Inhalts unter antiseptischen Kautelen eine ausgedehnte Einpuderung der gesamten verbrannten Fläche mit Magisterium Bismuthi subtilissime pulveratum. Darüber Verband mit Brunsscher Watte, welche eventuell bei späterer Durchtränkung, ausgenommen die unterste Lage, zu erneuern ist, um dauernd einen Abschluß der Luft gegenüber herzustellen. Damit nicht zu viel Bismuth beim Einpudern verloren geht, werden ungestärkte Gazebinden, wie die Gypsbinden, mit Bismuth bestreut und vorrätig gehalten. Ein solcher Verband kann 8—14 Tage, ja sogar 4 Wochen liegen. Intoxikationserscheinungen sind nie beobachtet; das Bismuth hat neben seiner starken antiseptischen eine die Sekretion beschränkende Wirkung. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Jodausschläge und einen Fall von Dermatitis tuberosa nach Jodkalium, von G. D. Holsten. (*New York Med. Journ.* 23. April 1892.) Ein 16 Monate altes Kind erhielt im Laufe von ungefähr 10 Tagen zwischen 5 und 6 Gramm Jodkalium wegen Bronchitis etc. Als direkte Folge entwickelte sich am ganzen Körper ein papulöser Ausschlag, der mehrere Wochen anhielt und sehr tiefgehende Zerstörungen der gesamten Kutis erzeugte. Die Läsionen variierten in Bezug auf ihre Größe von Stecknadelknopfgröße bis zu Durchmessern von einem Zoll und noch mehr. Auf Anschneiden entleerte sich ein wenig weißliche Flüssigkeit. Therapeutisch erwies sich eine 30% Lösung von Ichthyol als das wirksamste Mittel, während Dichloressigsäure nicht tief genug einwirkte. Ein Auszug aus der Litteratur über diesen Gegenstand vervollständigt die illustrierte Abhandlung. *Philippi-Nieheim.*

Karbolkampher bei Verbrennungen und zur Behandlung von Phthisis incipiens, von D. W. Spense. (*Med. Bull.* Dezember 1891.) Bei Verbrennungen verschreibt Verfasser jetzt ausschliefslich ℞ Ol. Olivar. und Kampho-phénique ꝏ. Der Erfolg sei stets vorzüglich. Bei beginnender Phthise läfst er das Mittel in geeigneter Lösung inhalieren. *Philippi-Nieheim.*

Hufschlagverletzung am Unterschenkel, von Rau. (*Correspond.-Bl. Schweizer Ärzte.* 1892. No. 13.) Da durch Hufschlag am Unterschenkel stets Quetschwunden entstehen, die lange Zeit zur Heilung bedürfen, hat Verfasser dieselben mit gutem Erfolg durch Abtragung der Wundränder, soweit dieselben mutmafslich mortifizieren, und Naht in per primam heilende Wunden umgewandelt. Ist das Periost verletzt, so werden zackige Fetzen desselben abgetragen und bei stärkerem Klaffen versenkte Periostnähte angelegt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Tod nach ausgedehnten Ätzungen der Haut in gerichtlich-medizinischer Beziehung, von Roberg. (*Der ärztl. Praktiker.* 1892. No. 3 und 4.) In sehr klarer und übersichtlicher Weise ist von dem Verfasser in dieser seiner Physikatsarbeit die Wirkung der Ätzmittel (Mineralsäuren, kaustische Ätzkalien, organische Säuren, Ätzkalk und Ätzammoniak) auf die Haut, ihre forensische Erkennung und Bedeutung dargestellt. Die Lektüre des Aufsatzes ist in vielfacher Hinsicht als sehr lehrreich zu empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neurotische Entzündungen.

Zur Ätiologie der Prurigo, von du Mesnil. (Sitzungsberichte der Würzburger physik.-med. Gesellschaft. 1892. 5. Sitzung.) Zur Frage des ätiologischen Zusammenhanges von Prurigo mit Affektionen des Centralnervensystems berichtet der Verfasser über einen Fall, in welchem die Obduktion eines an einer interkurrenten Pneumonie gestorbenen Pruriginösen keine positiven Belege gab, und einen anderen, in welchem neben der Prurigo eine multiple Sklerose bestand, ohne dafs also ein Zusammenhang wahrscheinlich wäre. — Genaue mikroskopische Untersuchung der Prurigoknötchen zeigten in denselben die wiederholt beschriebene Cystenbildung im Rete mit Verdickung der Hornschicht als hauptsächliche Charakteristika. Diese Cysten lagen nun immer an der Durchschnittsstelle der Schweifsdrüsenausführungsgänge, und suchte Verfasser dieselben durch eine gesteigerte Hornbildung und dadurch bedingte Retention zu erklären. Durch Verdickung der Hornschichten wären diese Cysten von den Miliariaeffloreszenzen zu unterscheiden; diese verdickte Hornschicht verhindert den Durchtritt des Sekrets, dadurch entstehen im Rete, als dem am wenigsten widerstandsfähigen Gewebe, Hohlräume, sekundäre Entzündungserscheinungen, Reizung der Endnerven. — Nach dieser Ansicht wäre also die Prurigo als eine durch Hyperkeratose bedingte Erkrankung aufzufassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Entwickelung der Blasen, von H. Triboulet. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 272.) Es wird ein Fall mitgeteilt, in welchem es bei einem völlig gesunden jungen Menschen ohne jede Veranlassung zu einer monatelang anhaltenden von Blasen, Bildung bald an einzelnen Körperteilen, bald über den ganzen Körper ausgebreitet, kam. Die Blasen waren stecknadelkopf- bis erbsengrofs. Fieber, Hautjucken u. s. w. fehlten während der ganzen Zeit. Der Inhalt der frisch entstandenen Blasen war serös und völlig keimfrei, da zahlreiche Kulturversuche niemals Erfolg hatten. Später trübte sich der Blaseninhalt und wurde eiterig infolge der Beimengung

von aufsen stammender Staphylokokken. Er konnte aber durch sorgfältigen Abschlufs von der Aufsenwelt mittelst Uhrglasschälchen tagelang serös erhalten werden.

Türkheim-Hamburg.

Gegen die **Gürtelrose** empfiehlt Brocq (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 348) folgende Paste:

Acid. boric.		1,0
Zinc. oxyd.		
Amyl. pulv.	āā	2,0
Vaselin.		6,0
Lanolin.		9,0.

Die einzelnen Herpes-Bläschen werden mit einer durch die Flamme gezogenen Nadel geöffnet, mit einem schwach alkoholischen Borwasser leicht abgewaschen und mit der obigen Paste bedeckt. Darüber kommt etwas Puder und eine dicke Schichte Verbandwatte. Bei sehr heftigen Schmerzen kann man der Salbe auch noch etwas Morphium oder Kokain hinzufügen. *Türkheim-Hamburg.*

Morvansche Krankheit, von B. Sachs und S. T. Armstrong. (*New York Med. Journ.* 30. April 1892.) Ein 28jähriger Arbeiter hat seit etwa 4 Jahren vielleicht infolge längeren Hantierens in heifser Sodalösung eine Taubheit und Schwäche der Finger bemerkt, welche derartig waren, dafs er seine Beschäftigung als Kellner und Aufwascher im Gasthaus aufgeben mufste. Fernere Symptome waren fibrilläre Zuckungen, Entwickelung von nicht schmerzenden Furunkeln, Verdickung der Haut namentlich an den Fingerrücken, bläuliche Verfärbung, die bei kaltem Wetter entschieden deutlicher hervortritt, deutliche Herabsetzung des Temperatursinns und völlige Analgesie auf gröfseren Gebieten der Hände und Vorderarme; ferner Anomalien in der Reaktion auf den elektrischen Strom. — Diese von Morvan in der Bretagne im Jahre 1883 zuerst beschriebene Affektion hat entschieden einige Ähnlichkeit mit Syringomyelie (richtiger Myelosyringosis genannt), doch schliefsen sich die Verfasser unter Darlegung ihrer Gründe der auch von anderen vertretenen Auffassung derselben als einer im wesentlichen peripheren Neuritis an.

Philippi-Nieheim.

Mifsbildungen.

Über sakrale Trichosen, von B. Ornstein. (*Berl. Gesellsch. f. Anthropologie etc.*, Sitzung vom 16. Decbr. 1876 und 15. Decbr. 1877.)

Schwanzartige Bildungen beim Menschen. (*Kosmos*, V. Jahrgang, 1881.)

Fall eines geschwänzten Menschen. (*Berl. Gesellsch. f. Anthropologie etc.* 21. März 1885.) Nachdem Ornstein auf das häufige Verkommen von Sakraltrichosen bei den Helenen bereits früher hingewiesen und diese als atavistische Rudimente des Schwanzes beschrieben hatte, fand er auch unter den griechischen Rekruten zwei Fälle von Schwanzbildung; in dem einen fand sich ein kegelförmiges freies Schwänzchen von etwa 5 cm Länge, in dem sich drei Wirbel durch Druck unterscheiden liefsen; der andere war $2^1/_2$—3 cm lang und liefs sich als Stummelschwanz mit knöchernem Inhalte (nach der Einteilung von Bartels) ansehen.

In dem Aufsatz des „*Kosmos*“ findet sich eine Zusammenstellung der beschrie benen Anhängsel nach den Untersuchungen von Bartels, Ecker, Mohnike, Ornstein die Arbeit kommt zu dem Resultate, dafs sich beim menschlichen Fötus anfangs ein dem tierischen Schwanze homologes Gebilde findet und später durch Rückbildung, Einwärtsbiegung und Verwachsung die äufserlichen Charaktere desselben einbüfst;

diese Rückbildung etc. kann gelegentlich unterbleiben; doch dürfen daraus keine einseitigen Schlüsse auf einen niedrigen, tierähnlichen Zustand gezogen werden.

F. Hahn-Bremen.

Die elektrolytische Behandlung der Hypertrichosis (Hirsuties), von A. E. Regensburger. (*Occid. med. Times.* Juni 1892.) Eine kurze aber klare Schilderung der Technik der Methode und Bericht über die vom Verfasser damit gemachten erfreulichen Erfahrungen. *Philippi-Nieheim.*

Vor der Gesellschaft der Ärzte in Zürich (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte* No. 13. 1892) demonstrierte Stierlin einen Fall von **Spina bifida lumbalis mit Hypertrichosis.** Die über 15 cm lang werdenden Haare sitzen rund um den Tumor, der selbst frei von solchen, von derber Konsistenz und an der Oberfläche etwas ulzeriert ist. Ihr Strich geht konvergierend nach unten und medianwärts. S. macht hierbei aufmerksam auf die von Virchow geäufserte und durch *v. Recklinghausen* durch Autopsie bestätigte Ansicht, dafs Hypertrichosen dieser Gegend mit Spina bifida zusammenhängen. Danach werden auch dieselben, wenn ohne gleichzeitigen Tumor vorkommend, als Spina bifida occulta bezeichnet. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Reflexerscheinungen und Neurosen, veranlafst durch Strikturen der weiblichen Harnröhre, von Fessenden N. Otis. (*Intern. Centralbl. f. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. III. H. 5 u. 6.) Strikturen sind beim weiblichen Geschlecht selten erkannt und beschrieben, und Symptome, die beim Manne als wahrscheinliche Anzeichen einer Urethralstriktur gedeutet werden, werden bei der Frau als solche der „reizbaren Blase“ beschrieben. Obwohl man bei dieser die Dilatation der Harnröhre als eine der wirksamsten Behandlungsmethoden erkannte, wurde doch die Untersuchung der Weite derselben vernachlässigt, zumal die „reizbare Blase“ meist ohne voraufgegangene (gonorrhoische) Entzündung oder Verletzung aufzutreten pflegt. Es reicht aber für Strikturbildung, sowohl beim Manne wie beim Weibe, die Lithiasis im Kindesalter vollkommen aus, beziehungsweise die häufige Irritation der Harnröhre durch den vorbeifliefsenden Harn bei Personen mit gichtischer oder rheumatischer Diathese. Gerade die quälendsten und hartnäckigsten Reflex-Beschwerden werden häufig durch relativ geringe Verengerung der Harnröhre hervorgerufen, ein Verhalten, auf das Civiale schon 1850 die Aufmerksamkeit lenkte. Otis hat diese Thatsache durch eine Reihe von Beobachtungen ohne Kenntnis der Civialeschen Anschauungen im Jahre 1874 befestigt. Er bringt auch jetzt wieder drei Krankengeschichten, bei denen die Patientinnen von starken Schmerzen, häufigem Harndrang und allen Beschwerden, wie sie Blasensteine verursachen, gequält wurden. Bei sorgfältiger Untersuchung fand sich kein Stein, dagegen eine umschriebene Herabsetzung des Harnröhrenkalibers, die mit dem von Otis angegebenen Urethrometer konstatiert wurde. Dilatation (oder vielmehr Divulsion, beziehungsweise Inzision der sich spannenden Schleimhautpartie) führte erheblichen Nachlafs der Beschwerden und Heilung herbei, in einigen Fällen war Wiederholung des Verfahrens wegen wiedereingetretener Verengerung nötig. Leider giebt es bis jetzt kein Kriterium für die Bestimmung des normalen Kalibers der weiblichen Harnröhre, das zwischen 30 und 45 mm schwankt. Unangenehme Allgemeinerscheinungen hat Otis infolge seines Eingreifens nur einmal gesehen, wo komplette Lähmung des Sphincter vesicae für mehrere Tage eintrat. Sonst wurde nur über Schmerzen beim Wasserlassen geklagt, die bald nachliefsen.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur ambulanten Behandlung der Epididymitis mit Angabe einer einfachen Bandage, von A. Philippson. (*Therap. Monatsh.* April 1892.) Die bisher zur Behandlung der Epididymitis empfohlenen Drucksuspensorien haben ebenso wie der Frickesche Verband eine Menge von Nachteilen; auch sind sie meist teuer. Verfasser empfiehlt einen Verband mittelst Flanellbinde von drei Meter Länge, der in abwechselnden Spiral- und Zirkeltouren den Hoden komprimiert und fixiert. Ein gewöhnliches Suspensorium sichert dem Verband seine Lage. Der Verband mufs täglich erneuert werden. Innerlich läfst Verfasser 2 stdl. 0,5 Natrium salicylicum nehmen, und wäscht die Harnröhre täglich mit dünnen Höllensteinlösungen (1 : 6000) aus.

F. Hahn-Bremen.

Exitus letalis durch Urethralreaktion, von Kronberger. (*Intern. klin. Rundschau.* 1892. No. 4.) Es wird ein Fall mitgeteilt, in dem durch Bougieren mit einem rauh gewordenen Bougie zu Blutharnen, Schmerzen, Schüttelfrost, Erbrechen, Tenesmus, Unruhe, Delirien der Tod unter klinischen Krämpfen erfolgte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Beitrag zur Behandlung der Entzündungen der Prostata, von P. Scharff. (*Ärztl. Praktiker.* 1892. 10.) Verfasser empfiehlt gegen die die Gonorrhoe begleitende Prostatitis eine 10% wässrige Ichthyollösung, 3—4 mal mittelst sogenannter Oidtmannscher Spritze per anum zu applizieren, wodurch ein schneller Rückgang ohne Eiterung erzielt wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Anhangsgebilde des menschlichen Hodens und Nebenhodens, von C. Toldt. (*Sitzungsberichte d. kais. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturw. Klasse.* Band C. Abteilung III. Mai 1891.) Verfasser unterzog 105 Hoden Erwachsener, 54 von Embryonen und Neugeborenen, 38 von Kindern einer genauen Untersuchung, deren Resultate er in dieser Arbeit niederlegt. Nach Luschka unterscheidet er auch gestielte und ungestielte Hydatiden und wünscht nach französischem Vorgang erstere bezeichnet als appendices testiculorum, letztere als appendices epididymidis.

Die ungestielten Hydatiden entwickeln sich unabhängig vom Hoden, sekundär erst mit ihm (sehr selten mit dem Nebenhoden) verwachsend; ihr Sitz ist fast stets am oberen Pol des Hodens. Sie fehlen beim Erwachsenen in 11,4% der Fälle, bei Kindern und Embryonen fast nie. Sie sind reich an Blut- und Lymphgefäfsen wie an Nervenstämmchen. Die Form ist verschieden; meist sind es sehr weiche Läppchen mit linearer Basis, oft eingekerbtem Rand; sie sind aber nie Bläschen, sondern eine Bindegewebsmasse. Im Innern oft ein Kanälchen mit Flimmerepithel, zuweilen mit einer Ausmündung an der Oberfläche; statt dieses Ganges zuweilen ein kleines Bläschen. — Der Gang enthält Körnchen und Epithelzellen; niemals fand er, wie Luschka, Samenfäden. Bei jugendlichen Individuen kann, wenn auch nur spurweise, eine Festsetzung des Kanälchens auf Hoden oder Nebenhoden vorkommen. Die Untersuchung an Embryonen bestätigt die Anschauung, dafs diese Bildung dem proximalen Stück des Müllerschen Ganges analog dem Ostium abdominale der Tube entspricht. Die Angabe von Roth über ein Vas aberrans, welches die Hydatide mit dem Vas efferens verbindet, kann er nicht bestätigen.

Gestielte Hydatiden sind kugel-, spindel- oder walzenförmige Bläschen mit zuweilen bis 10 mm langem Stiel, der sich vom serösen Überzug des Nebenhodens erhebt mit einer Arterie und Vene. Die Hydatide kommt bei Erwachsenen nur in 27% der Fälle vor; sie hat eine dünne Wand, aufsen Platten-, innen Cylinderepithel, und ist gefüllt mit einer von Körnchen und Rundzellen getrübten Flüssigkeit. Die

Untersuchung der Embryonen zeigt, dafs diese Hydatiden als kugel- oder kolbenförmige Ausbuchtungen des Endtrichters des MÜLLERschen Ganges anzusehen sind.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Weitere Notiz zur Chemie des Samens, von C. POSNER. (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1892. No. 13.) Verfasser hatte Gelegenheit, 300 ccm durch Punktion gewonnene Spermatozelenflüssigkeit zu untersuchen, die enorme Mengen wohl ausgebildeter, aber vollkommen unbeweglicher Samenfäden enthielt. Propepton konnte darin nicht nachgewiesen werden, welches also erst durch die akzessorischen Drüsen dem Sperma zugeführt werden mufs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein einfaches und sicheres Verfahren bei der Einspritzung der Hydrozele mit Karbolsäure, von LEONARD WEBER (*New Yorker med. Monatsschr.* Februar 1892). Zur Heilung der Hydrozele mittelst Injektion von Karbolsäure empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren, das sich in 3 Fällen bewährt hat:

Einstecken eines 10 ccm langen, 1 mm weiten Troicarts nach Abflufs des Hydrozeleninhalts, Injektion von 1 Drachme alkoholischer Karbolsäurelösung (2 Karbolsäure zu 1 Alkohol) mittelst einer Spritze, deren Hohlnadel genau in das Troicartlumen pafst. Die Flüssigkeit wird darin gelassen und unter Kompression der Leistengegend im Hodensack durch reibende Bewegungen verteilt. Die Operation ist schmerzlos, führt zuerst zu einer gleichfalls schmerzlosen Anschwellung des Sacks, dann zu vollkommener Rückbildung. Für dünnwandige Hydrozelen serösen Inhalts eignet sie sich besonders.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein einfacher elektrotherapeutischer Apparat gegen das Bettnässen, von ARMIN GRIMM. (*Intern. klin. Rundsch.* 1892. No. 9.) Ausgehend von der Ansicht ULTZMANNS, dafs ein elektrischer Reiz im Mastdarm auch auf den Sphincter vesicae übertragen wird, hat Verfasser statt des von ULTZMANN verwendeten Schlittenapparats eine kleine, leicht transportable konstante Batterie zur lokalen elektrischen Behandlung der Enuresis nocturna konstruiert. Dieselbe besteht aus mehreren kleinen Chlorsilberelementen, einer olivenförmigen Zinnelektrode zur Einführung in den Mastdarm und einer breiten Metallelektrode zur Befestigung am Oberschenkel; in 4 Fällen guter Erfolg. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Die Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society ist kürzlich unterm Vorsitz von Dr. S. SHERWELL konstituiert worden. Die Gesellschaft wird alle Monat aufser im Juli, August und September eine Sitzung abhalten. (*New York Med. Journ.* 2. April 1892). *Philippi-Nieheim.*

Neurologische Mitteilungen, von S. H. SCHEIBER. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1892 Nr. 25).

1. Ein Fall von Hemiatrophia universalis sinistra: Bei einem 7jährigen Knaben war infolge eines apoplektischen Anfalls linksseitige Lähmung und Aphasie eingetreten; beides bildete sich zurück unter Zurücklassung einer „Athetosis spastica" an den gelähmten Gliedmafsen. Gleichzeitig entwickelte sich an der ganzen linken Seite (einschliefslich der linken Schädelhälfte) eine Knochen und Muskeln betreffende Atrophie, deren Deutung wegen der Beteiligung des Gesichts nicht klar ist.

2. **Neuralgia trigemino-occipitalis, Pemphigus et Ekzema neuroticum. Ophthalmia catarrhalis neurotica.** Bei einem 68 Jahre alten Herrn, der bereits einige Zeit an linksseitigen Kopfschmerzen gelitten, nahmen diese tags darauf, nachdem ihn zufällig an der linken Kopf- und Gesichtshälfte ein Wasserstrahl getroffen einen heftigeren Charakter an. Gleichzeitig bildete sich eine Anschwellung und Rötung der Haut am Augenwinkel, oberen Augenlide und der Bindehaut linkerseits; es entstanden dann gröfsere und kleinere Blasen mit wasserklarem Inhalt, nach deren Abtrocknung kleine nässende Bläschen entstanden. Die Schmerzen waren sehr heftig. Nach zwei Monaten bot die Haut das Bild eines chronischen Ekzems, war anästhetisch (Anäthesia dolorosa), an der Grenze der Affektion dagegen hyperästhetisch. Die Neuralgie betraf fast alle Zweige des ersten Astes des Trigeminus, den Subcutaneus malae vom zweiten Aste, den Auriculo-temporalis und occipitalis. Die Konjunktiva war geschwollen und sezernierend. Die Veränderungen an Haut und Auge sind als trophoneurotische Vorgänge aufzufassen, bedingt durch neuralgische Reizung sensibler Nerven. Nach Anwendung des konstanten und faradischen Stromes trat Heilung in 3 Wochen ein.

3. **Neuralgia brachialis dextra mit ausgebreitetem Herpes Zoster.** Der Fall bietet nichts besonderes; auch bei ihm brachte die Galvanisation schnelle Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ramally berichtet in der *Union médicale* (Paris, 6. Okt. 1891) über einen Fall von schweren **Vergiftungserscheinungen nach** zweimaligem **Einreiben von je 4,0 grauer Salbe.** Bei dem gesunden Soldaten kam es zu allgemeinem Pruritus, Schlingbeschwerden, Schweifs, Fieber und rotfleckigem Ausschlag, der später rötelnartig und an den Stellen der Einreibung scharlach-ähnlich wurde. Das Ganze verlief in wenigen Tagen ohne bleibenden Nachteil. Es wurde dann die Behandlung mit Sublimat-Öl-Einspritzungen eingeleitet und gut vertragen. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 128.) *Türkheim-Hamburg.*

Die Hautkrankheiten auf den Fidji-Inseln, von Bonnafy und Mialaret. (Referiert aus *Annales de Médecine navale et coloniale* in *Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 409.)

Auf 5 Bewohner der Fidji-Inseln kommt ein Hautkranker. Die häufigsten Krankheiten sind der Tokelau (Tinea imbricata Manson) und die Pityriasis versicolor; aufserdem kommen noch Lepra, Trichophytiasis circinata, Pian, Krätze und Lupus zur Beobachtung. Von der Lepra ist ungefähr 1% der Bevölkerung befallen. Sehr häufig ist auch der Tokelau, der mit Schwefelräucherungen behandelt wird. Der Patient sitzt dabei in einem Holzkasten, aus dem nur sein Kopf hervorragt. Zwanzig Räucherungen sind zur Heilung erforderlich. — Die Krätze führt bei der Unreinlichkeit der Einwohner zuweilen sogar zu Geschwüren.

Türkheim-Hamburg.

II. Internationaler Dermatologischer Kongrefs in Wien.

5.—10. September 1892.

Vom Organisationskomitee aufgestellte Themata:

I. Über lymphatische Erkrankungen der Haut, vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. Dozent Dr. R. Paltauf (Wien).

II. Über den gegenwärtigen Stand der Lepra in Europa. Dr. Arning (Hamburg), Dr. Petersen (Petersburg).

III. Über Dermatomykosen, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Frankreich. Dr. Feulard (Paris).

IV. Über tardive Syphilis. Prof. Neumann (Wien).

V. Über Anatomie und Entwickelung des Oberhautpigmentes Prof. Jarisch (Innsbruck).

VI. Über Psorospermosen. Prof. C. Boeck (Christiania), Prof. A. Neisser (Breslau).

VII. Über die Prinzipien der Gonorrhoebehandlung. Prof. Neisser (Breslau).

VIII. Über Lupus erythematosus. Dr. Malcolm Morris (London), Dr. Th. Veiel (Cannstatt).

American Dermatological Association.

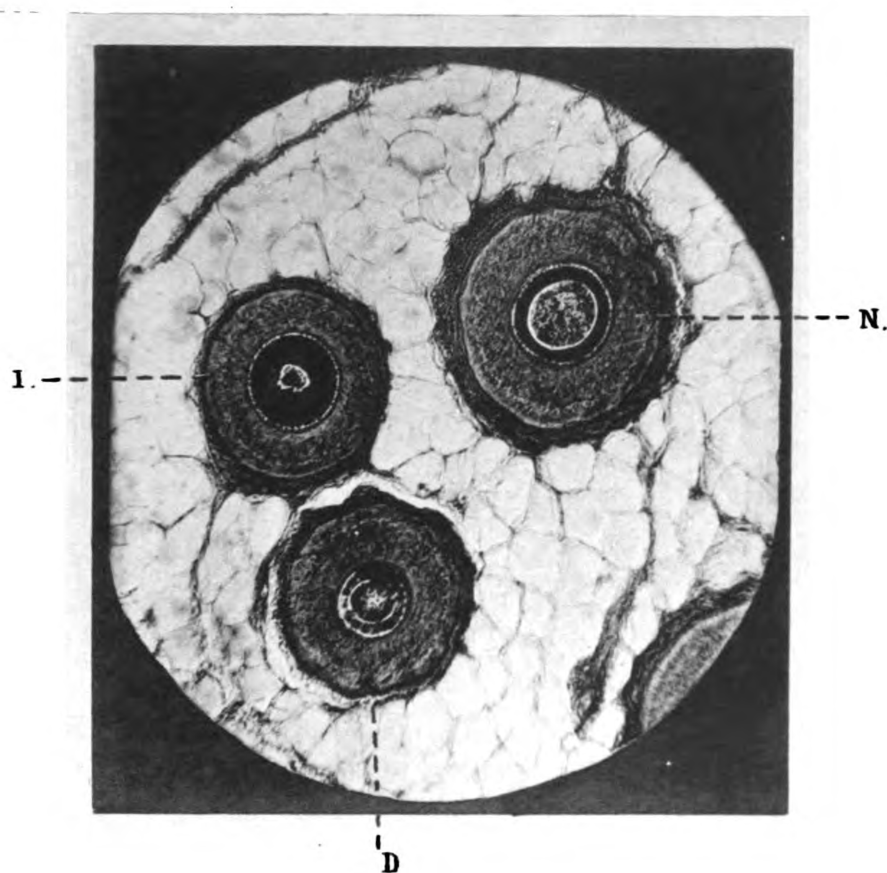
16. Jahresversammlung zu New London, Conn., am 13.—15. September 1892.

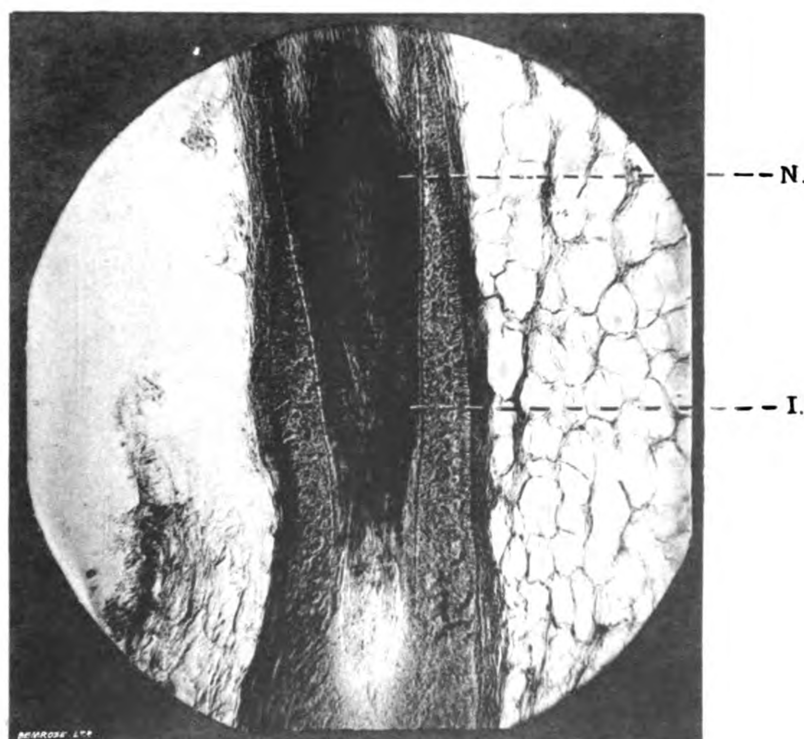
Vorträge:

1. C. W. Cutler, Jodine and Carbolic Acid in the Treatment of Skin Diseases.
2. C. W. Allen, Additional Note on the Treatment of Erysipelas based upon a second Series of fifty Cases.
3. S. Sherwell, A Suggestion for operative Procedure on erectile Naevi over Fontanelles, etc.
4. G. H. Fox, How should Dermatology be taught?
5. H. W. Stelwagon, A somewhat unusual Case of lupus Ulceration of the Nose.
6. W. T. Corlett, Lupus vulgaris following Exposure to tuberculous Sputa.
7. J. Zeisler, Notes on the Treatment of Lupus erythematosus.
8. G. T. Elliot, Alopecia prematura; its most frequent cause.
9. S. Sherwell, Cases of Favus Contagion from the lower Animals.
10. L. Heitzmann, Some Observations on the Growth of Achorion Schoenleinii in America.
11. R. W. Taylor, Morphœa Atrophica.
12. M. B. Hartzell, Psorospermosis.
13. J. A. Fordyce, Report of a Case of Adenoma Sebaceum, with Microscopic Drawings.
14. C. W. Allen, Concomitance and Sequence in Skin Eruptions, and the Influence of one dermatosis upon another.
15. J. N. Hyde, The Cicatrices of Syphilis.
16. R. B. Morison, An unusual Case of Syphilis.
17. G. T. Elliot, An exaggerated Case of Impetigo contagiosa.
18. W. T. Corlett, Notes on a recent Visit to the Leper Hospital at Havana; Leprosy in Charleston, S. C., etc.
19. G. H. Fox, Notes on the Use of Thilanin.

Diskussion über Alopecia areata:

1. Are there two forms of alopecia areata; one parasite and one neuropathic?
2. Is there sufficient evidence to prove the contagious nature of the disease?
3. Does arsenic or any other internal remedy influence the course of the disease?
4. What is the comparative value of carbolic acid, and of other topical remedies?
5. Will epilation of the margin of the patch prevent its spread?
6. What circumstances influence the prognosis of the disease?





Pili moniliformes (Monilethrix).
Von Wallace Beatty und J. Alfred Scott.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. № 6. 15. September 1892.

Über Lanolin.

Von

Dr. AUGUST SANTI in Bern,
Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie.

I.

LIEBREICHS Nachweis von Lanolin, resp. von Cholesterinfetten.

(Vortrag, gehalten im Ärzteverein Bern in der Sitzung vom 19. Juli 1892.)

Meine Herren!

Bekanntlich hatte LIEBREICH s. Z. in einer Abhandlung: „Über das Lanolin, eine neue Salbengrundlage"[1] und in einem späteren Referate über Lanolin für die Real-Encyklopädie der gesamten Medizin von EULENBURG[2] den Nachweis zu liefern versucht, daſs in den keratinhaltigen Geweben, wie menschliche Haut, Haare, Vernix caseosa etc., sodann aber auch in dem Fett der Niere und der Leber und im Blutfett Lanolin enthalten sei. Speziell die menschliche Haut anlangend, hatte LIEBREICH die Vermutung ausgesprochen, daſs die Körnung des Stratum granulosum in der Epidermis ein Gemenge von Eiweiſs und Cholesterinfett sein möchte. — Auf Grund solcher Theorien und Behauptungen waren in der Folge mehrere Arbeiten entstanden, welche das Vorkommen des Lanolins nach der Lehre LIEBREICH, wie z. B. in der menschlichen Haut, „a priori" und als ein „noli me tangere" annahmen und sich bloſs mit Nebenfragen über Lanolin befaſsten.

Der Erste, der das Vorkommen von Lanolin in der menschlichen Haut in Zweifel zog, war BUZZI in seiner Arbeit über „Keratohyalin und Eleidin",[3] indessen ohne daſs er auf diese Frage näher eingetreten wäre.

Den direkten Nachweis aber, daſs speziell in der menschlichen Haut keine Spur von Lanolin enthalten ist, glaube ich, seiner Zeit in

[1] *Berliner klinische Wochenschr.* 1885. No. 47.
[2] *Real-Encyklopädie d. ges. Medizin v. Eulenburg.* Bd. XI. 1887. sub „Lanolin".
[3] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VIII. No. 1 u. 4.

meiner Arbeit: „Enthält das menschliche Hautfett Lanolin?“ [4] geliefert zu haben.

Gegen diese meine Arbeit nun ist LIEBREICH dreimal zu Felde gezogen, und zwar in den drei folgenden Abhandlungen:

1. „Über das Lanolin und den Nachweis der Cholesterinfette beim Menschen.“ [5]

2. „Über das Vorkommen des Lanolins in der menschlichen Haut.“ [6]

3. „Über das Vorkommen des Lanolins im menschlichen Organismus.“ [7]

Diese drei Arbeiten alle wenden sich gegen meine Untersuchungen und Resultate und gipfeln wieder darin, daſs in der menschlichen Haut Lanolin vorkomme. Seine zuletzt erwähnte Abhandlung schloſs LIEBREICH noch mit dem Bemerken:

„Mit dem chemischen Nachweis, daſs das Lanolin der menschlichen Epidermis nicht den Talgdrüsen entstamme, sondern, wie es bei Tieren sicher nachgewiesen ist, der keratinösen Substanz selber entstammt, bin ich zur Zeit beschäftigt.“

Gerne hätte ich Ihnen, meine Herren, auch diesen von LIEBREICH versprochenen Nachweis mitgeteilt, allein ein solcher ist bis zur Stunde von LIEBREICH nicht geliefert worden, und müssen wir vorläufig darauf noch warten.

Was uns hier aber besonders interessiert, das ist der Umstand, daſs LIEBREICH in den obzitierten drei Arbeiten neue Methoden angegeben hat, um den Nachweis von Lanolin festzustellen. LIEBREICH zielt dabei auf eine Trennung von Cholesterin und Lanolin.

Inwieweit ihm solche Versuche gelungen sind, das werden Sie, meine Herren, aus der weiter unten folgenden Prüfung dieser neuen Nachweismittel ersehen.

Zur besseren Orientierung und zur leichteren Beurteilung des Ganzen wird es jedoch vorerst nötig sein, die früheren Untersuchungen, Befunde und Schluſsfolgerungen von LIEBREICH in dieser Frage ganz kurz in Erinnerung zu bringen.

LIEBREICH scheint schon lange die Vermutung gehegt zu haben, es möchten unter anderem auch im menschlichen Organismus und speziell in der menschlichen Haut Cholesterinfette vorkommen. Allein dem Nachforschen dieser eigenartigen Fette setzte sich, wie LIEBREICH sich ausdrückt, die Schwierigkeit entgegen, gute Erkennungszeichen zu besitzen.

---

[4] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. IX. 1889. No. 4.
[5] *Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin.* No. 7. Januar 1890.
[6] *Therapeut. Monatsh. v. Liebreich.* Juli 1890.
[7] *Virchows Archiv.* Bd. 121. 3. Heft. Sept. 1890.

Erst nachdem C. LIEBERMANN für das Cholestol und das Cholesterin die sog. Cholestol-Reaktion aufgestellt hatte, glaubte sich LIEBREICH in der Lage, an die Frage nach der Verbreitung der Cholesterinfette im tierischen Körper herantreten zu können. Die Liebermannsche Cholestol-Reaktion, sagte LIEBREICH, sei äufserst einfach. Das zu untersuchende Fett, und sehr geringe Mengen würden dazu erforderlich sein, werde in Essigsäure-Anhydrid gelöst. Durch Zusatz von konzentrierter Schwefelsäure entstehe zuerst eine Rosa-Färbung, welche sehr schnell in eine stark blaue und grüne Farbe übergehe.

Auf diese Reaktion hin hatte nun LIEBREICH zuerst die keratinhaltigen Gewebe, wie menschliche Haut, Haare, Vernix caseosa, Fischbein, Schildpatt, Hornspäne (Kuh), Elsternschnäbel, Federn von Gänsen, Hühnern, Puten, Tauben, der Pfauentaube, Stachel vom Igel und Stachelschwein, Huf und Kastanien vom Pferde, Horn von Schaffüssen, Haare von Bradypus cuculliger untersucht, und in allen diesen keratinhaltigen Geweben wollte er durch die Cholestol-Reaktion Cholesterinfett nachgewiesen haben.

Mit dieser Reaktion hatte sich LIEBREICH indessen nicht begnügt, sondern dazu noch die von ihm beobachtete Eigenschaft der Cholesterinfette, über 100% Wasser aufzunehmen, benutzt. Diese Eigenschaft konnte LIEBREICH, wie er sagt, bei „fast“ allen Fetten aus den vorgenannten Substanzen nachweisen.

Aufser keratinhaltigen Geweben hatte LIEBREICH auch das Unterhautfettgewebe untersucht. Er fand aber hier entweder gar keine Cholestol-Reaktion, oder eine nur so geringe, kurz auftretende Färbung, dafs dieselbe, wie er sich wörtlich ausdrückt, „gegenüber der sonstigen Erscheinung vernachlässigt werden könne.“ (!)

Dagegen hatte LIEBREICH in dem Fett der Niere und im Fett der Leber starke Cholestol-Reaktion gefunden. Desgleichen in dem Fette, welches aus dem Blute eines Kaninchens gewonnen worden war. Ob hier das Lanolin den Nieren und anderen Organen selbständig zugehörte, oder aus dem Blute stammen könnte, das behielt er späteren Untersuchungen vor.

In seinem Lanolin-Referate für die Real-Encyklopädie von EULENBURG (v. o.) hatte LIEBREICH im wesentlichen seine früher aufgestellten Behauptungen wiedergegeben. Auffallend war hier indessen die Behauptung, „der Nachweis des Lanolins gründe sich auf die Ermittelung des Cholesterins“.

Sodann hatte LIEBREICH an dieser Stelle eine zweite Modifikation der LIEBERMANNschen Cholestol-Reaktion eintreten lassen. In seiner ersten Abhandlung hatte dieser Autor, wie oben erwähnt, für die

Cholestol-Reaktion folgende Farbenskala angegeben: rot-blau und grün, in diesem Referate dagegen: rot, grün oder blau.

Ebenfalls in diesem Referate hatte LIEBREICH ein weiteres Erkennungszeichen der Cholesterinfette angeführt, nämlich die Nichtanwesenheit von Glyzerin beim Behandeln der gewonnenen Extrakte mit ätzenden Alkalien.

Endlich sprach LIEBREICH nur noch vom Vorkommen von Cholesterinfetten in keratinhaltigen Geweben, während das Vorkommen derselben im Fett der Niere, der Leber und im Blutfett, welches er in seiner ersten Abhandlung behauptet hatte, hier mit keinem Worte berührt wurde, so wichtig eine solche Angabe gerade auch für eine Encyklopädie gewesen wäre.

So standen die Sachen, als ich mich s. Zt. an die Frage heranmachte und untersuchen wollte, ob die LIEBREICHsche Behauptung auch richtig sei, daſs Lanolin, resp. Cholesterinfette in keratinhaltigen Geweben, speziell in der menschlichen Haut, und sodann in Fetten anderer Organe des menschlichen Organismus enthalten seien. Meine bezüglichen Untersuchungen und Resultate habe ich in meiner erwähnten Arbeit veröffentlicht.

Dabei muſste ich vor allem gegen LIEBREICH einwenden, wie er überhaupt dazu käme, die LIEBERMANNsche Cholestol-Reaktion ohne weiteres, und dazu noch in zweimal abgeänderter Form, auf Lanolin zu übertragen. LIEBERMANN hatte nämlich[8] zwischen dem als Oxychinoterpen von ihm benannten Körper, einem Begleiter des Chinovins, und dem Cholesterin Beziehungen wahrgenommen und deshalb den ursprünglichen Namen mit Cholestol vertauscht. Zu seinen vergleichenden Untersuchungen, bei welchen es sich herausstellte, daſs Cholestol und Cholesterin wesentlich die gleichen Farbenreaktionen geben, hatte aber LIEBERMANN, wie er ausdrücklich sagt, nur Cholesterin gebraucht. Die von LIEBERMANN für Cholestol und Cholesterin angegebene Reaktion lautet nun, wie folgt:

„Die zu untersuchende Substanz wird in so viel Essigsäure-Anhydrid gelöst, daſs sie in der Kälte eben gelöst bleibt, und dann unter Abkühlen tropfenweise wenig reine konzentrierte Schwefelsäure zugesetzt. Zuerst wird die Lösung rosenrot, dann schwindet diese Farbe schnell, namentlich auf Zusatz von einer neuen kleinen Menge Schwefelsäure, um einer ziemlich beständigen Blaufärbung Platz zu machen."

LIEBREICH hatte dagegen, wie oben erwähnt, in seiner ersten Lanolin-Abhandlung (s. o.) die LIEBERMANNsche Cholestol-Reaktion folgendermaſsen angeführt:

---

[8] C. LIEBERMANN. Über das Oxychinoterpen. *Berichte d. deutschen chem. Gesellschaft.* 1885. S. 1803.

„Das zu untersuchende Fett, und sehr geringe Quantitäten sind dazu nur erforderlich, wird in Essigsäure-Anhydrid gelöst. Durch Zusatz von konzentrierter Schwefelsäure entsteht zuerst eine Rosa-Färbung, welche sehr schnell in eine stark blaue und grüne Farbe übergeht."

In seinem Lanolin-Referate für die Real-Encyklopädie von EULENBURG hinwiederum brachte LIEBREICH die LIEBERMANNsche Cholestol-Reaktion anders, nämlich:

„Löst man etwa 0,1 g Lanolin in 3—4 ccm Essigsäure-Anhydrid auf und läfst in diese tropfenweise konzentrierte Schwefelsäure einfliefsen, so entsteht eine rosarote Färbung, welche bald in Grün oder Blau übergeht."

Und auch diese Reaktion bezeichnete LIEBREICH ganz ausdrücklich als LIEBERMANNsche Cholestolreaktion, trotzdem dieselbe darin kaum wieder zu erkennen ist.

Sodann betonte ich, dafs, wenn LIEBREICH die LIEBERMANNsche Reaktion auch auf Lanolin ausdehnen wollte, er vorerst notwendigerweise für den Fundort der zu untersuchenden Substanz die Anwesenheit von Cholestol und Cholesterin hätte ausschliefsen müssen, was LIEBREICH damals weder gethan noch zu thun überhaupt versucht hatte.

Diese Notwendigkeit lag LIEBREICH um so näher, als gerade in den von ihm untersuchten Organen das Vorkommen von Cholesterin eine längst bekannte Thatsache war.

Ich bemerkte ferner, es ginge absolut nicht an, den Nachweis von Cholesterin fast ganz an die Stelle des Nachweises für Lanolin zu setzen.

Ich bestritt überhaupt die von LIEBREICH behauptete Identität der Reaktionen für Cholesterin und Lanolin. Es war mir gelungen, für Lanolin eine eigene Reaktion festzustellen, die auch dann Geltung hat, wenn Cholesterin und Lanolin nebeneinander in der nämlichen Lösung vorkommen, und selbst deren Quantitäten annähernd zu bestimmen.

Schliefslich hatte ich bei meinen damaligen Untersuchungen die Glyzerinfette des Hautextraktes mit einer ca. 40% wässerigen Kalilauge verseift, um den nicht verseifbaren Teil von denselben zu trennen. Im unverseiften Rest war vor allem Cholesterin zu erwarten, sodann eventuell vorhandenes Lanolin, da Lanolin bei einer solchen Behandlung nicht in Verseifung übergeht. Als Rest hatte ich aber immer nur reines Cholesterin bekommen und keine Spur von Lanolin.

Die Hauptdivergenzpunkte zwischen LIEBREICH und mir waren sonach folgende:

LIEBREICH hatte behauptet: 1. dafs in keratinhaltigen Geweben, speziell in der menschlichen Haut, Vernix caseosa etc., sodann aber auch im Fett der Leber, im Fett der Niere und im Blutfett Lanolin resp. Cholesterinfette enthalten seien; 2. dafs Cholesterin und Lanolin identische Reaktionen haben.

Ich behauptete dagegen, 1. dafs weder in der menschlichen Haut, Vernix caseosa etc., noch in Leber-, Nieren- und Blutfett Cholesterinfette vorkommen, und dafs alles, was bei LIEBREICH auf Lanolin zu deuten schien, ausschliefslich auf Cholesterin zu beziehen ist; 2. dafs Cholesterin und Lanolin eine verschiedene Reaktion zeigen.

Nehmen wir nun vorläufig an, dafs LIEBREICH thatsächlich Recht habe, wonach die LIEBERMANNsche Reaktion für Cholesterin sowohl, als auch für Lanolin die gleiche sei, und prüfen wir auf Grund einer solchen Voraussetzung die erwähnten LIEBREICHschen Lanolin-Untersuchungen.

LIEBREICH untersucht also keratinhaltige Gewebe, wie menschliche Haut, Haare, Vernix caseosa etc., sodann Fette des tierischen Organismus, wie Nierenfett, Leberfett, Blutfett etc., und kann an all diesen Substanzen die Cholestolreaktion konstatieren.

Daraus nun folgert LIEBREICH, dafs in den betreffenden Geweben Cholesterinfette enthalten seien. Ich sage ausdrücklich „daraus", denn alle bezüglichen Untersuchungen LIEBREICHs vor meiner zitierten Lanolinarbeit, welche gerade durch dieselben veranlafst wurde, stützen sich entweder ganz oder zum weitaus wichtigsten Teil einzig auf die Cholestol-Reaktion.

Die von LIEBREICH behauptete Eigenschaft der Cholesterinfette, Wasser über 100% aufnehmen zu können, kann bei solchen Untersuchungen in den meisten Fällen ernstlich nicht in Betracht kommen. Denn, vorausgesetzt, dafs diese Eigenschaft des Lanolins, resp. der Cholesterinfette wirklich auch so vorhanden ist, wie LIEBREICH es behauptet, so gilt dieselbe nur für das reine, wasserfreie Lanolin der Schafwolle und nicht auch für Gemenge, in denen aufser event. vorhandenem Lanolin noch Glyzerinfette, Fettsäuren, Seifen, Cholesterin, Wasser und andere Stoffe mehr enthalten sein können und thatsächlich auch enthalten sind, wie in der menschlichen Haut.

Auch ist wohl zu bedenken, dafs man bei solchen Untersuchungen meist gezwungen ist, mit verhältnismäfsig kleinen Mengen von Untersuchungsmaterial zu arbeiten, welche eine solche Feststellung selbst im besten Falle nicht gestatten. Sie werden, meine Herren, weiter unten erfahren, dafs LIEBREICH selbst die Unzulänglichkeit eines solchen Nachweises später zugeben mufste.

Zudem sagt LIEBREICH: „Diese Eigenschaft (der Cholesterinfette, Wasser über 100% aufzunehmen), welche an dem aus der Wolle hergestellten Fett in exquisiter Weise zuerst nachgewiesen werden konnte, habe ich bei „fast" allen Fetten aus den vorgenannten Substanzen nachweisen können."

Dieses „f a s t" ist viel zu vorsichtig und nimmt sich beinahe komisch aus; LIEBREICH müſste bestimmt sagen, an welchen Substanzen er die Eigenschaft des Lanolisierens (d. h., Wasser über 100 % aufnehmen zu können) konstatieren konnte und an welchen Substanzen nicht. Wie soll man z. B. wissen, ob dieses „f a s t" nicht auch für die Extrakte der menschlichen Haut gilt? Denn, daſs LIEBREICH am Hautextrakt die Eigenschaft des Lanolisierens nicht hat konstatieren können, sofern er diesen Versuch überhaupt angestellt hat, das unterliegt keinem Zweifel.

Ein weiteres Erkennungszeichen für Cholesterinfette' will LIEBREICH in dem Umstande gefunden haben, daſs die Rückstände der gewonnenen Extrakte nach dem Abdestillieren des Chloroforms beim Behandeln mit ätzenden Alkalien kein Glyzerin ergaben. Hier muſs man LIEBREICH zunächst fragen, ob er im Hautextrakt, im Fett der Niere und der Leber, sowie im Blutfett, woselbst er Cholesterinfette konstatiert haben will, nicht auch Glyzerinfetten begegnet sei?

Zwar hat sich LIEBREICH später in seinen Erwiderungen, wie Sie bald sehen werden, auch hier korrigiert und giebt es ohne weiteres zu, daſs z. B. im Hautextrakte auch Glyzerinfette enthalten seien. Da aber in allen von ihm untersuchten Substanzen, die in Frage kommen, von vornherein Glyzerinfette vorauszusetzen waren, so bleibt es immerhin eigentümlich, daſs LIEBREICH überhaupt je auf ein solches Nachweismittel verfallen konnte.

Nun frage ich, auf Grund von was für Nachweismitteln hatte LIEBREICH — wir sind wohlverstanden noch bei den ersten zwei Liebreichschen Lanolinabhandlungen, die aber für seine ganze Lanolinlehre grundlegend waren — auf Grund von was für Nachweismitteln hatte LIEBREICH den Beweis leisten können, daſs in den keratinhaltigen Geweben, sowie im Nierenfett, im Leberfett, im Blutfett etc. Cholesterinfette enthaten seien?

Die Nichtanwesenheit von Glyzerin als Nachweis für Lanolin fällt, wie Sie gesehen haben, weg.

Die Eigenschaft der Lanolinfette, über 100% Wasser aufzunehmen, ist speziell am Hautextrakte unausführbar und daher wertlos.

Was bleibt nun zurück? Einzig die Cholestol-Reaktion, die Cholestol-Reaktion nur, und auch gar nichts anderes.

Nach LIEBREICH bedeutet aber die Cholestol-Reaktion den Nachweis von Cholestol, von Cholesterin und von Lanolin. Eine notwendige Forderung nur wäre es daher gewesen, daſs LIEBREICH, wollte er die Cholestol-Reaktion als Nachweismittel für Lanolin verwenden, zuerst Cholestol und Cholesterin, wenigstens aber Cholesterin aus seinen Extrakten

ausgeschieden hätte. Im Hautextrakt z. B. ist Cholesterin sogar in reichlicher Menge enthalten. Schon anfangs meiner bezüglichen Untersuchungen stieſs ich beim Hautextrakt auf eine gröſsere Menge prächtiger, rhombischer Cholesterinkrystalle.

Was macht nun LIEBREICH? Er findet es für gut, diese zwei Körper ganz zu ignorieren. Nur von Cholesterin ist gelegentlich, aber in ganz nebensächlichem Sinne die Rede, geschweige denn, daſs LIEBREICH auch nur den Versuch gemacht hätte, wenigstens diesen Körper aus seinen Extrakten auszuscheiden. LIEBREICH prüft einfach seine Extrakte auf die Cholestol-Reaktion, und findet er sie, so schlieſst er auf Lanolin!

Weiter hatte LIEBREICH in seiner ersten Arbeit behauptet, daſs die Glyzerinfette verschiedenster Zusammensetzung die Cholestol-Reaktion nicht geben.

Das hindert aber LIEBREICH nicht, kurz darauf zu sagen, daſs das Fett der Niere, der Leber und das Blutfett die Cholestol-Reaktion stark zeigen! Und wie stimmen zu einer solchen Behauptung die Untersuchungen BURCHARDS (v. w. u.) den LIEBREICH sogar zu seinem Gewährsmann macht, wonach in den verschiedensten Organen und Fetten des tierischen Körpers die Cholestol-Reaktion nachweisbar ist? Meine eigenen Untersuchungen hatten ebenfalls ergeben, daſs alle Fette des menschlichen Organismus die Cholestol-Reaktion zeigen, was ich aber, sowie auch BURCHARD, einzig auf die Anwesenheit von Cholesterin zurückführte.

Das, meine Herren, sind die Fundamente des stolzen LIEBREICHschen Lanolingebäudes! Aus dem Gesagten haben Sie ersehen können, daſs selbst, wenn man LIEBREICH folgen und annehmen will, Cholesterinfett und Cholesterin zeigen die nämliche Reaktion, man trotzdem zu keinem Lanolinnachweis überhaupt gelangen kann, auch dann nicht, wenn Lanolin wirklich vorhanden sein sollte. Denn das ganze LIEBREICHsche Nachweismaterial für Lanolin in den grundlegenden Schriften dieses Autors reduziert sich im wesentlichen auf die Cholestol-Reaktion, und diese ist deshalb unter allen Umständen unbrauchbar, weil LIEBREICH weder Cholestol noch Cholesterin aus seinen Extrakten ausscheidet, insbesondere letzteres nicht.

Die Folgerungen und Schlüsse, welche LIEBREICH aus seinen besprochenen Untersuchungen zog, veranlaſsten s. Z., wie gesagt, meine erwähnte Lanolinarbeit. Die Behauptungen LIEBREICHs in dieser Frage haben physiologisch und therapeutisch eine zu groſse Tragweite, als daſs man stillschweigend hätte darüber hinweggehen können. Diese LIEBREICHsche Lanolin-Theorie, die, wie Sie sehen, meine Herren, jeder Grundlage entbehrt, hat denn auch nicht verfehlt, unsinniger Verwirrung Vorschub zu leisten.

Auf meine Arbeit antwortete LIEBREICH, wie oben erwähnt, dreimal.

Es wird Sie interessieren, meine Herren, die neuen Argumente LIEBREICHS der Hauptsache nach kennen zu lernen.

Zunächst in Bezug auf die Eigenschaft der Lanolinfette, über 100% Wasser aufnehmen zu können. Hierüber sagt LIEBREICH in seiner ersten Erwiderung (v. o.):

„Da das hornartige Material meistens nicht sehr reichlich ist und die in ihm zu erwartenden Quantitäten Fett als gering anzunehmen sind, so bedurfte es zum Nachweise zuvörderst einer bestimmten Reaktionsmethode.“ Diese Reaktionsmethode findet LIEBREICH natürlich auch hier in der Cholestol-Reaktion!

Ein halbes Jahr später schreibt LIEBREICH seine zweite Erwiderung (v. o.), und es heifst darin über den nämlichen Punkt:

„Die Schwierigkeit der Beurteilung“ (der Eigenschaft des Lanolins, über 100% Wasser aufzunehmen) „ist besonders bei geringem Material nicht zu verkennen, und mufste daher eine Trennung des Cholesterins von den Cholesterinfetten willkommen sein.“

Hier gesteht also LIEBREICH ganz offen und deutlich ein, dafs die Cholestol-Reaktion und die Eigenschaft der Lanolinfette, über 100% Wasser aufzunehmen, auch für ihn nicht genügen, um Cholesterinfette nachzuweisen.

Wieder einige Zeit später schreibt LIEBREICH in seiner dritten Erwiderung wie folgt:

„Bei dem meist äufserst geringen Fettgehalt der Epidermis, der Haare und anderer Keratingebilde liefs es sich erwarten, dafs die Beantwortung dieser Fragen ungemein erschwert werden würde durch die Schwierigkeit, das für die Darstellung des Cholesterin und Isocholesterinfettes erforderliche Material in ausreichender Menge zu beschaffen. Glücklicherweise jedoch ward der Untersuchung eine Hülfe in der von C. LIEBERMANN für Cholesterin angegebenen Reaktion.“

Hier wird LIEBREICH, wie Sie sehen, meine Herren, wieder rückfällig und nimmt wieder zur Cholestol-Reaktion seine letzte Zuflucht. Ja, er sagt weiter:

„Erst auf Grund der Cholestol-Reaktion in Verbindung mit der Eigenschaft des Lanolisierens konnte bei der Extraktion der keratinösen Substanzen ein Schlufs auf das Vorhandensein von Cholesterinäther gezogen werden.“

In einem anderen Absatz der nämlichen Abhandlung heifst es wieder:

„Das aus diesem Material (menschliche Haut, Haare, Vernix caseosa etc.) gewonnene Fett zeigte die beiden für die Anwesenheit von Cholesterinäthern charakteristischen Eigenschaften,

nämlich eine deutliche Cholestol-Reaktion und die Fähigkeit zu lanolisieren."

Zu solchen Inkonsequenzen im Denken und Behaupten ist ein Kommentar nach dem bereits Mitgeteilten wohl überflüssig!

Liebreich bestreitet die Richtigkeit meiner Reaktionen hauptsächlich aus dem Grunde, weil ich behauptet habe, dafs das Essigsäureanhydrid dabei entbehrlich sei. In dieser Beziehung mufs ich mich insofern ergänzen, als ich zur Cholestolreaktion an Stelle des eigentlichen Essigsäureanhydrids die wasserfreie Essigsäure verwendet hatte, die bei der Cholestolreaktion, weil nicht ganz wasserfrei, in der That das Anhydrid nicht ersetzen kann. Ich gebe daher gerne zu, dafs zur Cholestolreaktion das Essigsäureanhydrid resp. ein anderes Säure-Anhydrid, wie die Burchardschen Untersuchungen zeigen, notwendig ist.

Trotzdem behalten meine damals aufgestellten Reaktionen in ihrem vollen Umfange Geltung. Nur sind dieselben zu beziehen auf die reine Schwefelsäure- (Moleschott), auf die Schwefelsäure-Chloroform-, auf Schwefelsäure-Chloroform-Eisessig- und auf Eisessig-Reaktion.

Bei Anwendung von Essigsäureanhydrid zeigt sich aber auch nur bei den Cholesterin-Reaktionen eine Änderung, nämlich Rot-Blau an Stelle von Rot-Violett, wie bei meinen Reaktionen. Bei Lanolin dagegen bringt das Anhydrid keine wesentlich verschiedene Reaktion zu stande, als die von mir für Lanolin angegebene, so dafs diesfalls meine damals aufgestellte Lanolin-Reaktion, die in einer dominierenden Grünfärbung ihren Hauptausdruck findet, auch hier Geltung behält.

Ich behaupte also nach wie vor, dafs Cholesterin und Lanolin eine verschiedene Reaktion aufweisen. Burchard gelangte bei Lanolin auf wesentlich die gleiche Reaktion wie ich bei Anwendung von Essigsäureanhydrid.

Bei seinen Untersuchungen über Isocholesterin untersuchte nämlich Burchard[9] zuerst dessen Muttersubstanz, das Lanolin.

„Etwas Lanolin wurde in Chloroform gelöst und mit dieser Lösung die Cholestol-Reaktion angestellt. Es trat eine sehr starke Reaktion ein, die Flüssigkeit war tiefdunkelgrün und fluorescierte stark."

Dann untersuchte Burchard das aus ca. 100 g Lanolin gewonnene Isocholesterin ebenfalls auf die Cholestolreaktion. „Die Flüssigkeit färbte sich dunkelgrün, und starkes Fluorescieren trat auch jetzt auf, das selbst bei ziemlich erheblicher Verdünnung noch erkennbar blieb."

Daraus zieht Burchard den Schlufs, dafs dem Isocholesterin (und

[9] Burchard, *Beiträge zur Kenntnis des Cholesterine.* Rostock. 1889.

nach dem oben Gesagten somit auch dem Lanolin) zwar eine Farbenreaktion mit Essigsäureanhydrid und Schwefelsäure zukommt, dieselbe sich jedoch wesentlich von der dem gewöhnlichen Cholesterin zukommenden unterscheidet.

Auch bei der Schwefelsäure- (spez. Gewicht 1,76) Chloroform-Reaktion soll Isocholesterin keine Reaktion wie Cholesterin geben. Es folgt nur eine langsam hervortretende und schliefslich in Braun übergehende Färbung.[10]

Danach und nach den interessanten Untersuchungen BURCHARDS, die für Isocholesterin und Lanolin die nämliche Reaktion ergeben, kann man schliefsen, dafs das im Wollfett enthaltene Isocholesterin es ist, welches die von der Cholesterin-Reaktion verschiedene Lanolinreaktion dominiert.

LIEBREICH nun, der auch die BURCHARDschen Untersuchungen genau kennt und denselben nur Beifall zollt, wie sie ihn voll verdienen, kann trotzdem nicht umhin, noch weiter zu behaupten, Cholesterin und Isocholesterin und Cholesterin und Lanolin besäfsen die gleiche Reaktion!

Seine bei der Cholestol-Reaktion angebrachten Varianten sucht LIEBREICH auf folgende Weise zu rechtfertigen:

„Bei der genauen Untersuchung zeigt es sich, dafs die Reaktion bei der Blaufärbung nicht stehen bleibt, sondern ins Grüne übergeht, falls nicht zu grofse Cholesterinmengen verwendet worden sind. Ich hatte deshalb bei Erwähnung dieser Reaktion bereits früher angegeben, dafs zuerst eine Rosafärbung auftritt, welche sehr schnell in eine stark blaue und grüne Farbe übergeht. Bei einer erneuten Reaktion durch BURCHARD (v. o.) fand der Verfasser genau dasselbe und fügt sehr richtig hinzu:

In ganz verdünnten Lösungen war der Eintritt der Rotfärbung nicht mehr zu konstatieren, sondern erst nach geraumer Zeit, etwa 3—5 Minuten, trat die Grünfärbung auf."

Um eine Rechtfertigung zu versuchen, greift LIEBREICH, wie Sie sehen, meine Herren, zu den äufsersten Verdünnungen des Cholesterins, die bei der Cholestol-Reaktion weder Rot noch Blau mehr zeigen; das heifst da, wo die Cholestol-Reaktion schon lange aufgehört hat, eine Reaktion zu sein, sucht LIEBREICH Berührungspunkte für die Cholesterin- und Lanolin-Reaktion! BURCHARD wollte bei seinen Untersuchungen natürlich auch erfahren, wie selbst äufserst verdünnte Lösungen von Cholesterin bei Anwendung der Cholestol-Reaktion sich verhielten.

Es lag aber BURCHARD ferne, wie dies alle seine Untersuchungen

---

[10] SCHULZE, *Journ. f. prakt. Chemie.* [2] **25**, 459.

beweisen, solch' äufserte Grenzen einer Reaktion noch als Nachweismittel zu verwenden oder als Nachweismittel aufzustellen.

Und warum überhaupt braucht LIEBREICH plötzlich zu den letzten Verdünnungen seine Zuflucht zu nehmen, um die Cholestol-Reaktion nachzuweisen? LIEBREICH, der stets bei seinen Untersuchungen zum Wenigsten über so viel Material verfügt haben will, um an demselben noch die Eigenschaft des Lanolisierens konstatieren zu können? Zum Nachweise einer deutlichen Cholestol-Reaktion ist ja nur ein kleiner Teil eines solchen Materials notwendig.

Daraus können Sie ersehen, meine Herren, dafs LIEBREICH, auch beim Versuch, seine zwei Varianten zur Cholestol-Reaktion rechtfertigen zu wollen, auf eine sehr abschüssige Ebene gerät.

Wenn sodann LIEBREICH sich noch die Behauptung erlaubt, dafs das Ergebnis meiner Reaktionen nur durch Zufälligkeiten möglich gewesen sei, ich hätte die Reaktionen zum Teil falsch gedeutet, zum Teil wohl auch unrichtig ausgeführt, so ist das ein grundloser, leichtfertiger Vorwurf, den ich auf Grund meiner Untersuchungen und der Ausführungen des Herrn Professor LIEBREICH selbst bereits gekennzeichnet habe.

Schliefslich versucht LIEBREICH auch die Resultate meiner am Hautextrakte vorgenommenen Verseifungen zu bestreiten.

Er sagt hierüber:

„Es wurde von Herrn SANTI versucht, die Unverseifbarkeit des Lanolins in wässrigem Kali zu benutzen, um zu zeigen, dafs kein Lanolin in der menschlichen Haut enthalten sei. Nun zeigt sich bei Gegenwart von Glyzerinfetten, dafs ein Teil des Lanolins gerade wie das Cholesterin sich in Seifen löst und ferner, dafs das Lanolin, wie bekannt, zwar im ganzen mit wässrigen Alkalien unverseifbar ist, ein Teil jedoch durch wässrige Alkalien, besonders bei Gegenwart anderer Seifen, zerlegt wird, so dafs auch diese versuchte Beweisführung als unrichtig zu bezeichnen ist.“

Nun will ich es dahingestellt sein lassen, ob bei Gegenwart von Glyzerinfetten Lanolin in Seifen sich löst, ebenso, ob Lanolin durch wässrige Alkalien, besonders bei Gegenwart anderer Seifen, zerlegt werden kann — feststellen will ich hier nur die Thatsache, dafs LIEBREICH damit das Lanolin, das nach seinen Behauptungen in der menschlichen Haut vorkommen soll, meinen Reaktionen entziehen will, und zwar nicht nur theilweise, sondern ganz! Wie auf Kommando soll ein Teil davon sich in Seifen lösen, der andere durch wässrige Alkalien zerlegt werden. Zurückbleiben darf nichts.

Dazu ist zunächst zu bemerken, dafs auf diesem Wege im besten Falle nur ganz kleine Mengen Lanolin sich der Kontrolle entziehen könnten; wo bliebe aber der Rest, d. h. die Hauptmasse, denn nach

Liebreich ist die menschliche Haut ja förmlich mit Lanolin imprägniert? Das Interessanteste ist aber, daſs Liebreich durch solche Widerlegungsversuche plötzlich und ohne es zu merken den Boden verläſst, auf dem er sonst stehen will, und sich auf meinen Boden stellt, wonach Cholesterin und Lanolin eine verschiedene Reaktion haben. Nur bei einer solchen Voraussetzung haben ja solche Einwendungen einen Sinn.

Von seinem Standpunkte aus dagegen hätte Liebreich mir einzig die Einwendung machen können, daſs in meinen Befunden nach geschehenen Verseifungen, die ich auf reines Cholesterin deutete, doch noch Lanolin enthalten sein konnte. Ob dann ein Teil davon auch in den Seifen gelöst zurückgeblieben oder von wässrigen Alkalien zerlegt worden wäre, das konnte für Liebreich ja gleichgültig sein. Jedenfalls konnte das keine Waffe zur Widerlegung für ihn abgeben. Das sind wohlverstanden nicht Bemerkungen, die Liebreich nur ganz so nebenbei macht. Nein, das bildet eben für Liebreich das Hauptargument; dadurch wollte er meine Reaktionsbefunde nach der Verseifung direkt widerlegen. Deshalb allein sollen meine Resultate nach der Verseifung unrichtige sein, weil ein Teil des vermeintlichen Lanolins in den Seifen gelöst blieb und ein anderer Teil von wässrigen Alkalien zerlegt wurde!

Das, meine Herren, ist ein psychologisch interessantes Faktum. Es enthüllt mit einem Schlage auch dem weniger Eingeweihten, mit welcher Klarheit, Konsequenz und Logik und mit welchen Mitteln Liebreich seine Sache verteidigen muſs! — Incidit in Scyllam, qui vult vitare Charybdim!

Zum Schluſs, meine Herren, noch ein Wort über die letzte Methode, welche Liebreich angegeben hat, um Lanolin im menschlichen Hautextrakt nachzuweisen.

Die treue Präsenz des Cholesterins in allen Substanzen, die er untersuchte, wurde Liebreich nachgerade lästig und ungemütlich. Deshalb sann Liebreich auf Mittel und Wege, um diesen Patron los zu werden.

Im Äthylacetessig-Äthyläther und im Äthylacetessigäther will nun Liebreich Mittel gefunden haben, welche die Trennung von Cholesterin und Lanolin erlauben. Er fand folgende Löslichkeitszahlen bei Zimmertemperatur:

A. für den Acetessigäther:

1. Cholesterinfreies Lanolin .... 0,972 %
2. Cholesterin .... 1,039 %
3. Vorher mit Lanolin gesättigter Acetessigäther .... 2,877 %

B. Für Äthylacetessig-Äthyläther:

1. Cholesterinfreies Lanolin .... 1,81 %

2. Cholesterin.................................. 3,35 %
3. Mit Lanolin gesättigter Äthylacetessig-Äthyläther 3,40 %

LIEBREICH bediente sich hier des letzteren Äthers.

Zur Untersuchung wurde 1,571 g Vernixfett gebraucht; diese ganze Masse wurde bei Wasserbadtemperatur in 31,32 gr des Lösungsmittels gelöst, nach 12stündigem Stehen bei einer Temperatur von 17° schied sich eine weiſse Masse ab. Diese wurde filtriert, von neuem in je 5 g Äthylacetessig-Äthyläther heiſs gelöst und nach 5stündigem Stehen die abgeschiedene Masse wieder filtriert und dieselbe Operation mit der ausgeschiedenen Masse viermal wiederholt. Das letzte Mal wurde die auf dem Filter bleibende Fettmasse mit 20 ccm Äthylacetessig-Äthyläther gewaschen und das Fett auf einer Tonplatte getrocknet. Es wurden somit im ganzen 51,22 g des Lösungsmittels verwandt. Da nun, wie aus den oben angegebenen Prozentzahlen hervorgeht, zum Lösen von 1,571 g reinem Cholesterin 46,96 g Äthylacetessig-Äthyläther nötig sind, so war eine gröſsere Quantität des Lösungsmittels angewandt, als erforderlich gewesen wäre, wenn die Vernix caseosa nur aus Cholesterin bestanden hätte. Es konnte somit der zuletzt gefundenen Masse keine Spur von freiem Cholesterin mehr beigemengt sein. Als nun dieselbe mit Hülfe der LIEBERMANNschen Reaktion geprüft wurde, trat die Farbenreaktion in voller Schärfe auf, womit das Vorhandensein menschlichen Lanolins in der Vernix caseosa neugeborner Kinder bewiesen war.

Soweit LIEBREICH.

Ich könnte LIEBREICH auf solche Trennungsversuche sehr einfach antworten, indem ich sagen würde: So lange die Cholestol-Reaktion konstatiert wird, ist kein Lanolin vorhanden, sondern bloſs Cholesterin, was auch beweisen würde, daſs die Voraussetzungen LIEBREICHS in Bezug auf die auf diese Weise beabsichtigte Trennung der beiden fraglichen Körper unrichtige waren.

Allein ich will auch hier die Sache vom Standpunkte LIEBREICHS aus prüfen und dabei wieder als Voraussetzung annehmen,

1. daſs die von LIEBREICH angegebenen Löslichkeitszahlen richtig seien.

2. daſs Cholesterin und Lanolin die nämliche Reaktion zeigen.

LIEBREICH hat also gefunden, daſs in 100,0 g Äthylacetessig-Äthyläther sich 1,81 g cholesterinfreies Lanolin auflösen. Cholesterin dagegen löst sich in der nämlichen Menge Lösung um 3,35 g und eine vorher mit Lanolin gesättigte Lösung nimmt sogar 3,40 g Cholesterin auf, also mehr, als wenn Cholesterin allein in Lösung sich befindet, was auch sehr gut möglich ist. Dieses vorausgesetzt, ist es nun richtig, daſs zur Lösung von 1,571 g reinem Cholesterin ca. 46,9 g Lösung nötig sind. Nicht richtig ist es dagegen, wenn LIEBREICH behauptet, nur 51,22 g Lösung

gebraucht zu haben. Thatsächlich hat er 71,22 g Lösung gebraucht, was eine nähere Prüfung der wörtlich obzitierten Angaben LIEBREICHS ohne weiteres ergiebt.

Nehmen wir nun an, das ganze Vernixfett, welches LIEBREICH zu seinen Untersuchungen verwendete, also 1,571 g, wäre reines Lanolin gewesen, so wären zur Lösung einer solchen Lanolinmenge nach obigen Angaben 86,790 g Lösung notwendig gewesen. Nun hat LIEBREICH ca. 70,0 g Lösung gebraucht, und es blieben von dem in solcher Menge vorausgesetzten Lanolin noch ca. 0,3 g ungelöst zurück.

Die Voraussetzung aber, dafs dieses ganze Venixfett rein nur aus Lanolin bestehen könnte, ist nicht einmal nötig, denn nach den von SCHULZE erzielten Resultaten[11] enthält selbst das durch Äther aus rauher Wolle, also dem Fundorte des Lanolins, gewonnene Wollfett höchstens 70% einer Substanz, die auf Cholesterin und Cholesterinfette bezogen werden kann. Wenn nun für den eigentlichen Fundort des Lanolins selbst weniger als 70% — nach Abzug des hier in reichlicher Menge vorhandenen Cholesterins nämlich. — der extrahierten Fettmasse auf Cholesterinfette bezogen werden dürfen, so ist auch nicht vorauszusetzen, dafs das Vernixfett mehr Lanolin enthalten sollte, als das Wollfett selbst. Beziehen wir trotzdem diese 70% Fettmasse ohne Abzug des enthaltenen Cholesterins nur auf Cholesterinfett, so hätte das von LIEBREICH untersuchte 1,571 g Vernixfett 1,1 g Lanolin enthalten können. Zur Lösung einer solchen Menge Lanolin wären aber nur 60,7 g Äthylacetessig-Äthyläther erforderlich gewesen. Nun hat LIEBREICH thatsächlich ca. 71,0 g davon gebraucht. Somit konnte im Rückstande kein Lanolin mehr vorhanden sein, selbst wenn das Vernixfett, wie vorausgesetzt, so viel Lanolin enthielte, als das Wollfett selbst.

Man bedenke nun aber, dafs das Vernixfett auch nicht soviel Lanolin enthalten könnte, als die Schafwolle; dafs neben reichlichen Mengen von Cholesterin auch noch Beimengungen von Glyzerinfetten, von Fettsäuren, von Seifen etc. in demselben enthalten sind und von denen es nicht nachgewiesen ist, dafs sie in die Lösung übergegangen wären.

Sodann hat LIEBREICH allerdings angegeben, wie viel Cholesterin eine gesättigte Lösung von Lanolin aufzunehmen vermag, nicht aber, wie viel Lanolin eine gesättigte Lösung von Cholesterin auflösen kann, was hier zunächst in Frage kommt. Es ist nämlich ganz gut möglich, dafs eine gesättigte Lösung von Cholesterin verhältnismäfsig mehr Lanolin lösen kann, als eine gesättigte Lösung von Lanolin Cholesterin. —

Sie sehen also, meine Herren, dafs den Resultaten solcher Trennungs-

---

[11] *Zeitschr. f. Chemie.* 1870. S. 453.

versuche nach keinen Richtungen hin irgendwelche Beweiskraft beigemessen werden darf, davon abgesehen, daſs der eingeschlagene Weg selbst noch vieles andere einwenden läſst, worauf ich hier nicht näher eintrete.

Ich werde Ihnen, meine Herren, bei einem anderen Anlasse die bezüglichen Reaktionen für Cholesterin und Lanolin zeigen und die Lanolinpräparate und deren therapeutischen Wert besprechen.

Die Bakteriologie der epidemischen exfoliativen Dermatitis.[1]

Von

J. S. Risien Russell, M. B., M. R. C. P.

Ich möchte Herrn Dr. Savill meinen aufrichtigen Dank dafür aussprechen, daſs er die Güte hatte, mir die Gelegenheit zur Ausführung der folgenden Untersuchungen in Bezug auf die epidemische Hautkrankheit zu geben, deren klinische und pathologische Eigenschaften von ihm bereits so erschöpfend besprochen worden sind; auch bin ich ihm zu Dank verpflichtet für sein freundliches Entgegenkommen, mit welchem er mir bei der Ausführung dieser Arbeit jede mögliche Erleichterung gewährte. Leider bot sich diese Gelegenheit erst gegen Ende der Epidemie, so daſs die verfügbare Menge an Material beschränkt war, aber immerhin war dieselbe, wie ich meine, hinreichend, um die gezogenen Schlüsse, welche in den letzten Paragraphen dieser Abhandlung dargelegt sind, zu rechtfertigen.

Gang der Untersuchung im allgemeinen. — 1. Es wurde die Haut der an der Krankheit leidenden Patienten auf Mikroorganismen mit dem Mikroskope untersucht.

2. Künstliche Nährmedien[2] wurden mit dem von den Körpern solcher Kranken entnommenen Blute, das teils intra vitam, teils nach dem Tode gewonnen wurde, inokuliert.

3. Auch die untere Fläche der Epithelfetzen, die sich von dem Körper der Kranken abgelöst hatten, wurde ebenfalls zum Impfen künstlicher Nährmedia verwandt.

4. Die Bouillonkultur wurde zum Impfen von Gelatine verwandt,

---

[1] Aus dem pathologischen Laboratorium des University College.

[2] Bei allen diesen Impfungen war Bouillon das benutzte Nährmedium.

aus welcher dann Plattenkulturen zur Isolierung der Kolonieen angefertigt wurden; aus den auf diese Weise isolierten Kolonien wurden Reinkulturen auf Gelatine, Agar-Agar und Kartoffeln gezüchtet.

5. Von diesen Reinkulturen wurden Deckglaspräparate angefertigt und dieselben mit verschiedenen Färbemitteln behandelt, um die Mikroorganismen erkennbar zu machen.

6. Es wurden Tiere mit Reinkulturen des Mikroorganismus inokuliert.

7. Zum Schluſs wurden Kontrollexperimente ausgeführt. a) Schnitte aus der Haut von Kranken, die nicht von der Epidemie befallen waren, wurden angefertigt und auf die Mikrobien hin untersucht, genau in der gleichen Weise wie mit den Schnitten von Patienten, die an der Krankheit litten, geschehen war. b) Künstliche Nährmedien wurden mit dem Blute aus den Herzhöhlen von Patienten, welche an irgend welchen anderen Krankheiten gestorben waren, inokuliert.

Mikroskopische Untersuchung der Haut. — Es wurden Präparate gewonnen, indem kleine Stückchen Haut exzidiert wurden, nachdem man die Oberfläche derselben erst durch Waschen mit einer Sublimatlösung (1 : 1000) und dann durch tüchtiges Reiben mit absolutem Alkohol sorgfältig gereinigt hatte. Die Präparate wurden in Gummi geschnitten und die Schnitte nachher auf folgende Manieren gefärbt: 1. Methylenblau in wässeriger Lösung; 2. Gentianaviolett in alkoholischer Lösung; 3. alkoholische Lösung von Fuchsin; 4. Gramsche Methode, Färben mit Gentianaviolett und Auswaschen mit Gramscher Lösung; 5. Weigertsche Methode, Anwendung von Pikrokarmin als Grundfärbung für die Gewebe und Gentianaviolett für die Mikroorganismen.

Der vorherrschende Mikroorganismus, der bei den auf alle diese verschiedene Weisen gefärbten Präparaten gefunden wurde, war ausnahmslos ein Diplococcus, wenn auch sich ebenfalls einige Kokken fanden und bei einem einzelnen Präparaten eine vereinzelte Kette von Streptokokken. Diese Diplokokken waren durch die Präparate verstreut und waren in den tieferen Hautschichten besonders zahlreich vorhanden.

Kulturen aus dem Blute. — a) Von den Patienten bei Lebzeiten gewonnen. — Die Oberfläche der Haut wurde mit Sublimatlösung (1 : 1000) sorgfältig gereinigt, wobei man darauf Bedacht nahm, eine von Exsudat oder Eiter freie Stelle zu wählen. Mit der Spitze eines Messers, das erst in der Spiritusflamme gut erhitzt worden war, wurde alsdann ein kleiner Einstich gemacht, und das austretende Blut wurde in Kapillarröhrchen, welche vorher hermetisch verschlossen und sterilisiert worden waren, aufgefangen. Das Röhrchen wurde mehrmals durch eine Spiritusflamme gezogen, nachdem eines der verschlossenen Enden abgebrochen worden war. Nachdem das Blut darin sich angesammelt hatte, wurde die Spitze des Röhrchens wiederum verschlossen,

indem dieselbe während einiger Sekunden in die Spiritusflamme gehalten wurde. Das so gewonnene Blut wurde dann auf Bouillon übertragen, und nach Verlauf von 24 und 48 Stunden wurden andere Medien von der Bouillon aus inokuliert, unter anderen auch Gelatineplatten zur Isolirung der Kolonien. Diese Experimente bezogen sich nur auf drei verschiedene Patienten; einmal ergab sich ein negatives Resultat, einmal waren septische Organismen beigemischt[3] und einmal war Staphylococcus aureus der einzige Organismus, der zu finden war.[4] Durch die Güte von Dr. J. J. PRINGLE hatte ich Gelegenheit, das Blut eines vierten Patienten zu untersuchen, der in seiner Behandlung im Middlesex-Hospital sich befand, und der am Ende der fünften Woche einer als sporadische Attake dieses Leidens diagnostizierten Krankheit stand; aber diese Untersuchung ergab ebenfalls ein negatives Resultat. Möglicherweise wurde bei allen diesen Fällen das Blut nicht frühzeitig genug im Verlauf der Krankheit untersucht; bei dem einen Falle wurde es sogar erst in der vierzehnten Woche untersucht.

b) Blut nach dem Tode aus den Herzhöhlen entnommen. — Ich hatte keine Gelegenheit, das Blut selber zu entnehmen, aber Dr. SAVILL teilt mir mit, daſs er die folgenden Kautelen bei Gewinnung desselben beobachtete: Das Herz wurde schnell entfernt und in toto in eine starke Lösung (za. 1 : 100) von Quecksilberchlorid getaucht, worin es 10 bis 15 Minuten verblieb. Darauf wurde es wieder herausgenommen, und es wurde mit einem sterilisierten Messer in den linken Ventrikel ein Loch geschnitten und durch dieses einige sorgfältig sterilisierte Kapillarröhrchen eingeführt, welche sofort, nachdem sie sich gefüllt hatten, in der Spiritusflamme geschlossen wurden. In allen diesen Fällen wurden die Blutproben zwei bis drei Monate lang aufgehoben, ehe sie verwendet wurden. Dann wurde auf die gleiche Weise verfahren, wie bei der letzten Reihe von Experimenten; es wurden Kulturen gewonnen, aus denen Deckglaspräparate angefertigt wurden. Dieselben wurden mit Gentianaviolett gefärbt, und die mikroskopische Untersuchung ergab einen Diplococcus, welcher nach Aussehen und Verhalten identisch war mit dem bereits in den Hautschnitten beobachteten; e. g. es starb ein Patient (M. XXV cfr. Seite 181) auf der Höhe der Krankheit, und das Blut aus dem linken Ventrikel enthielt diesen Mikroorganismus und keinen anderen. In dem einen Falle fand sich, daſs das Blut zur Zeit der Entnahme der Kulturen von septischen Organismen wimmelte. Dieses war

---

[3] In diesem Falle war das Blut vor der Anfertigung der Kulturen bereits mehrere Wochen lang aufbewahrt worden.

[4] Die Haut an dem angestochenen Teile war zwar sorgfältig gereinigt worden, hatte aber vorher schon eine etwas eiterige Flüssigkeit abgesondert.

zweifelsohne durch das zufällige Hineingelangen derartiger Mikroorganismen zur Zeit der Gewinnung, oder möglicherweise bereits früher, bedingt.

Kulturen von der unteren Fläche der Epithelfetzen, die von den schuppenden Patienten sich ablösten. — Die benutzten Schuppen waren solche, welche sich noch nicht abgelöst hatten. Die äufsere Fläche derselben wurde sorgfältig mit Sublimatlösung (1:1000) gerieben und dann noch mit absolutem Alkohol behandelt. Dann wurden mittelst einer sterilisierten Pinzette Schuppen abgehoben und in etwas Bouillon eingelegt, oder auch es wurde mit der unteren Fläche anderer Schuppen die Oberfläche von Gelatineplatten gestrichen. Bei einer Temperatur von 20° bis 25° C. traten im Laufe von 24 Stunden sehr kleine, weifse Kolonieen, die mit unbewaffnetem Auge kaum zu erkennen waren, auf der Oberfläche der Gelatine verstreut hervor, und binnen 48 Stunden wurden sie ganz deutlich. Sie zeigten alle das gleiche Aussehen, und sekundäre Kulturen von verschiedenen Kolonieen ergaben auf Gelatine alle genau dieselbe Beschaffenheit. Von der Bouillon wurden auf anderen Nährmitteln am Ende der 24 resp. 48 Stunden Kulturen gemacht, und bei jedem einzelnen Fall waren sie mit den aus den Gelatinekolonieen gewonnenen Kulturen identisch. Die mikroskopische Untersuchung von Deckglaspräparaten aus den verschiedenen Kulturen ergab, dafs dieselben aus dem nämlichen Diploccocus, der in den Hautschnitten und in den aus dem Blute gewonnenen Kulturen vorhanden war, bestanden. Es wurden Plattenkulturen gemacht, und alle Kolonieen scheinen ihrem Aussehen nach identisch zu sein. Unter den zahlreichen Mikroorganismen, die sich in den Kulturen von den Epidermisschuppen des bereits erwähnten Falles von Dr. PRINGLE vorfanden, fehlte der charakteristische Diplococcus.

Inokulationsversuche.[5] — Reinkulturen des Organismus wurden mit destilliertem Wasser in solcher Menge vermischt, dafs die Mischung ganz undurchsichtig und milchig war. Hiervon wurden 2 ccm einem Meerschweinchen eingeimpft, und das Doppelte dieses Quantums bei einem zweiten verbraucht; bei beiden wurde dazu das subkutane Gewebe der Bauchwand gewählt. Die Tiere liefsen weder durch lokale noch konstitutionelle Erscheinungen erkennen, dafs ihnen irgend etwas fehlte.

Einem Kaninchen wurde das Ohr rasiert und dann bis zum Rauhwerden und Entstehen von Exkoriationen gekratzt; eine Portion von einer Reinkultur des Organismus wurde alsdann tüchtig eingerieben, aber das Tier liefs niemals irgendwie erkennen, dafs es weder lokal noch konstitutionell affiziert sei. Ein zweites Kaninchen wurde mit einer subkutanen

[5] Ich bin Herrn RUBERT BOYCE zu Dank verpflichtet dafür, dafs er die Güte hatte, die Tiere für mich zu impfen, da ich das hierzu notwendige Certifikat nicht besitze.

Injektion von 4 ccm einer Bouillonkultur mit absolut negativem Resultate geimpft. Ein junger Hund wurde mit dem nämlichen negativen Ergebnis mit einer gleichen Menge der Bouillonkultur auf ähnliche Weise behandelt.

Kontrolluntersuchungen. — a) Schnitte von der Haut von Personen, welche an der Krankheit nicht litten, wurden in genau der nämlichen Weise gefärbt wie die von den mit dem Leiden behafteten Patienten entnommenen, um entscheiden zu können, ob bei einer derartigen gesunden Haut sich derselbe Mikroorganismus vorfindet oder nicht. Das Ergebnis dieser Untersuchungen war, dafs eine solche Hant diese Mikroorganismen nicht enthält.

b) Es wurden künstliche Nährmedien mit dem aus den Herzhöhlen von Patienten, die an irgend welchen anderen Krankheiten gestorben waren und die diese epidemische Affektion nie acquiriert hatten, entnommenen Blute inokuliert, aber von solchem Blute konnten keine Kulturen gewonnen werden.

c) Ich hatte glücklicherweise Gelegenheit, das Blut bei einem typischen Falle von Pityriasis rubra, der sich in privater Behandlung von Dr. J. J. PRINGLE befand, zu untersuchen. Die Krankheit hatte etwas über vier Wochen bestanden, und das Impfen verschiedener Nährböden mit dem Blute ergab nicht das Vorhandensein irgend welcher Mikroorganismen.

Eigenschaften des Mikroorganismus. — Derselbe ist ein Diplococcus[6], an Gröfse dem FRIEDLÄNDERschen Diplococcus pneumoniae fast gleich. Die Segmente sind entweder elliptisch oder stäbchenförmig, je nach dem Stadium der Entwickelung. Unsere Versuche, eine Kapsel nachzuweisen, haben niemals ein positives Resultat gehabt. Mit den gewöhnlichen Färbemitteln färbt der Coccus sich leicht und entfärbt sich nicht durch GRAMsche Lösung. Wie bereits gesagt wurde, kann derselbe in den Geweben durch die WEIGERTsche Doppelfärbung leicht kenntlich gemacht werden. Am allerleichtesten läfst er sich färben mit einer alkoholischen Lösung von Gentianaviolett, am schlechtesten mit einer wässerigen Methylenblaulösung. Auf allen den verschiedenen Nährmedien wächst er ohne Schwierigkeit bei der gewöhnlichen Zimmertemperatur, entwickelt sich aber am schnellsten bei einer Temperatur von 20° C. In der Bouillon setzt er sich auf den Boden des Gefäfses als weifsliche Masse nieder, die sich beim Schütteln als lange Fasern in die Höhe

---

[6] Der Ausdruck Diplokokkus ist hier allgemein zu nehmen als Bezeichnung der paarigen Anordnung der Segmente und kann bei diesem Organismus nur in demjenigen Sinne angewandt werden, in dem man auch den FRIEDLÄNDERschen Kokkus damit bezeichnet, denn letzterer besteht in Wirklichkeit aus kurzen Stäbchen, welche einzeln oder paarweise beisammen liegen. — Cfr. FRÄNKEL, *Grundrifs der Bakterienkunde*, Berlin. 3. Aufl. pag. 411.

hebt. Der obere Teil der Flüssigkeit ist ebenfalls undurchsichtig geworden. Bei gewöhnlicher Temperatur sieht man mehrere Tage hindurch keinerlei Zeichen eines beginnenden Wachstums; aber bei 20° bis 25° C. Wärme sind am Ende von 24 Stunden deutliche Zeichen einer beginnenden Entwickelung zu sehen, und nach Ablauf der ersten 48 Stunden hat dieselbe bedeutend zugenommen. Auf Gelatine fängt der Coccus bei einer Temperatur von 20 bis 25° C. bereits nach 24 Stunden zu wachsen an; in den allerersten Stadien finden sich ganz minimale, runde Kolonieen, deren Aussehen mit demjenigen einer Kultur von Streptococcus erysipelatis fast identisch ist. Nach Verlauf von 48 Stunden ist diese Eigenschaft aber wieder verschwunden, indem die Kolonieen zu einem etwas erhabenen, gleichmäſsigen Gebilde mit platten Rändern zusammengewachsen sind, in welchem Zustand die Kultur, abgesehen davon, daſs sie ein wenig dicker wird, einige Tage verbleibt. Sie hat dabei eine entschieden bläulich-weiſsliche Farbe und ist ein wenig fluoreszent. Nach einigen Tagen hört das Dickerwerden auf, aber an der Peripherie findet ein langsames, unregelmäſsiges Fortwachsen statt, so daſs eine viel breitere Kultur mit ausgebuchteten Rändern entsteht. Dieselbe macht die Gelatine nicht zerflieſsen, und sie bedarf des Sauerstoffs zu einem gedeihlichen Wachsen, wie man mit Leichtigkeit aus ihrem Verhalten bei „Stichkulturen" ersehen kann. In letzteren wächst der Mikroorganismus in Gestalt von minimalen, weiſsen, runden Kolonieen längs dem Stichkanale, aber in abnehmender Gröſse und Zahl nach dem untersten Ende des Kanals zu, während auf der Oberfläche die Kultur zu einer flachen, gleichmäſsigen, bläulich-weiſsen Scheibe von etwa einem sechstel bis zu einem viertel Zoll oder mehr Durchmesser sich ausbreitet. Auf Gelatineplatten sieht man minimale, weiſse Punkte, die am Ende von 24 Stunden mit dem unbewaffneten Auge noch kaum erkennbar sind aber nach Verlauf von weiteren 24 Stunden ganz deutlich werden. Diese Kolonieen bleiben stets klein, sind kreisrund und haben glatte Ränder. Wenn sie in der Gelatine tief eingelagert sind, so behalten sie diese Eigenschaften bei, aber wenn sie auf der Oberfläche gelegen sind, so scheinen sie eine Neigung zum Faserigwerden zu haben. Es ist dabei keine Verflüssigung eingetreten. Auf Agar-Agar zeigen die Kulturen keine besonderen bemerkenswerten Eigenschaften, aber auf Kartoffeln ist das Wachstum ein auſserordentlich üppiges, mit starker Anhäufung und von rahmiger Farbe. Sie wachsen bei einer Temperatur von 20 bis 25° C. ebenso schnell wie auf Gelatine.

Rückblick und Schluſs. — Es handelt sich hier also um einen Mikroorganismus, der sich in der Haut, dem Blute und den Sekreten der an dieser epidemischen Hautkrankheit leidenden Patienten findet; derselbe

nimmt alle die gewöhnlichen Färbemittel gut an, wächst unschwer auf künstlichen Nährmedien, gedeiht besser mit als ohne Sauerstoff, verflüssigt Gelatine nicht und ruft, auf Tiere eingeimpft, wenigstens in den bisher versuchten Gaben, aufser in einem einzigen Falle, keine Wirkungen, hervor: in diesem Ausnahmefalle gelang es aber Herrn Dr. SAVILL, die Krankheit auf ein Kaninchen zu übertragen, aus dessen Blut typische Kulturen des nämlichen Organismus gezüchtet werden konnten die sich auch durch die mikroskopische Untersuchung als solche erwiesen.

Das ganz konstante Vorkommen dieses Organismus bei den an der epidemischen Hautkrankheit leidenden Patienten macht es mir unmöglich, zu glauben, dafs dessen Auftreten ein blofs zufälliges sei; da aber eine spezifische Wirkung auf Tiere nur ein einzelnes Mal erzielt worden ist, so bin ich andererseits nicht in der Lage, zu behaupten, dafs wir hiermit die Ursache der in Rede stehenden epidemischen Erkrankung in Händen halten. Trotzdem scheint es mir, dafs hinreichende Gründe vorhanden sind, um anzunehmen, dafs wahrscheinlich eine derartige ätiologische Beziehung zwischen dem Organismus und der Krankheit thatsächlich besteht. Es würde ja freilich die Erzeugung irgend einer spezifischen Wirkung auf verschiedene Tiere in ähnlicher Weise, wie dies bei Menschen hervortritt, hinreichender Beweis für einen solchen ätiologischen Zusammenhang sein, aber das Fehlen einer derartigen Wirkung schliefst nicht jede Möglichkeit einer ätiologischen Beziehung aus; denn wir wissen sehr gut, dafs beim Menschen auch andere auf spezifischen Organismen beruhende Krankheiten vorkommen, welche man bisher nicht imstande war, auf die niederen Tiere zu übertragen. Auch sind wir zu der Hoffnung berechtigt, dafs die Impfversuche bei anderen Tieren schliefslich auch weitere positive Resultate ergeben werden, wie ja auch das eine Tier für die Einwirkung des Mikroorganismus empfänglich war, anstatt dafs, wie bisher, sich stets negative Resultate ergeben haben.

Ob aber dieser Organismus ein bisher noch niemals beschriebener sei, ist eine Frage, deren Beantwortung einen viel gröfseren Raum erfordern würde, als in einem Aufsatz wie der vorliegende derselben gewidmet werden kann; die Hauptfrage aber, über die wir zu entscheiden haben, ist nicht, ob der Organismus früher bereits beschrieben worden sei oder nicht, sondern ob derselbe die Ursache dieser Krankheit bildet, deren Kontagiosität von Herrn Dr. SAVILL mit so vollkommener Klarheit erwiesen worden ist. Obgleich dem nun so ist, so denke ich doch, dafs es nicht ganz unangebracht sein dürfte, auf die Unterscheidungsmerkmale hinzuweisen, die zwischen diesem Mikroorganismus und demjenigen bestehen, dem er sowohl dem Aussehen nach als auch den obwaltenden Lebensbedingungen nach am meisten ähnelt, nämlich dem Streptococcus pyogenes albus. Ohne mich unnötigerweise in Bezug auf minutiöse und

vielleicht anfechtbare Unterschiede auf Einzelheiten einzulassen, glaube ich, daſs die folgenden Merkmale hinreichen werden, um darzuthun, daſs diese beiden Organismen keineswegs identisch sind:

1. Der in Rede stehende Organismus ist (in dem angegebenen Sinne) ein Diplococcus, dessen Segmente elliptisch oder stäbchenförmig sind, während Staphylococcus pyogenes albus als Kokken, Diplokokken, Zoogloea und Ketten vorkommt.

2. Derselbe verflüssigt die Gelatine nicht, während dies von Staphylococcus pyogenes albus rapid bewirkt wird.

3. Wie es scheint, erzielt derselbe bei Tieren keineswegs mit der gleichen Leichtigkeit oder Sicherheit eine spezifische Wirkung wie der Staphylococcus pyogenes albus.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Aus Dr. UNNAs Poliklinik in Hamburg-St. Pauli.

Bericht
über ihre Thätigkeit vom 1. Oktober 1891 bis zum 1. Juli 1892.[1]

Von

Dr. ARTUR STRAUSS,
Assistenzarzt.

(Fortsetzung.)

II.

7. Akute und chronische Infektionskrankheiten der Oberhaut.

Scabies. Die Kranken verteilen sich in Bezug auf das Alter folgendermaſsen:

---

[1] Druckfehlerberichtigung: Lies auf Seite 221 (Bericht I) unter Saprophyten in der zweiten Zeile „ungleichmäſsig" statt „gleichmäſsig".

	m.	w.	Summa
bis zum 10. Lebensjahre	5	8	13
vom 10. bis zum 20. Lebensjahre ..	4	8	12
vom 20. bis zum 30. Lebensjahre ..	7	5	12
vom 30. bis zum 40. Lebensjahre ..	4	1	5
vom 40. bis zum 50. Lebensjahre ..	2	1	3
Summa...	22	23	45

Männliches und weibliches Geschlecht wurden also ziemlich gleichmäſsig befallen. Mit dem zunehmenden Alter nahm die Häufigkeit der Scabies ab. Nach dem 50. Lebensjahre kam sie nicht mehr zur Beobachtung. Der Grund der Häufigkeit im kindlichen Alter ist das Zusammenschlafen oft mehrerer Kinder. Die Diagnose der Scabies ist bekanntlich nicht immer leicht. Oftmals fehlen die Milbengänge gänzlich, und auch die Prädilektionsstellen sind nicht immer ergriffen. In solchen Fällen kann durch die Anamnese oder durch die Angabe, daſs besonders im Bette sich Jucken einstellt, und aus dem oft äuſserst polymorphen Bilde von Kratzeffekten, Ekzembläschen, Follikulitiden, Impetigines, Furunkeln die Diagnose auf Scabies gestellt werden. Als ein bequemes und für die ambulante Behandlung einfachstes Mittel benutzten wir, namentlich in frischen Fällen, die Styraxseife. Es genügt aber nicht, den Patienten die Seife in die Hand zu geben und ihnen Waschungen damit zu empfehlen. Der Erfolg hängt lediglich von der Art der Anwendung ab.

Es erschien uns folgender Modus als der beste: Zunächst ein Vollbad oder Waschung des ganzen Körpers, am besten mit grüner Seife. Dann morgens und abends Waschungen der erkrankten Stellen mit der Styraxseife. Der Schaum muſs auf der Haut eintrocknen. Während einiger Tage wird nur mit dieser Behandlung ohne weitere Waschungen und Bäder fortgefahren. Erst wenn das stärkere Jucken im Bett verschwunden ist, wird wieder ein Bad verordnet. Die nun noch ekzematös gereizte Haut, Impetigines, Furunkel werden nachträglich mit Zinkschwefelpaste zum Schwinden gebracht. Von anderen zur Anwendung gekommenen

Mitteln erwähne ich mit gutem Erfolge ausgeführte Waschungen mit 5—10% Liquor Natrii chloroborosi zwei- bis dreimal täglich.

Ekzem. Ich beschränke mich darauf, eine Altersstatistik über das seborrhoische Ekzem zu geben, halte es aber für notwendig, zunächst die jetzige der Statistik zu Grunde liegende Anschauung des Herrn Dr. UNNA von der Ätiologie des Ekzems kurz mitzuteilen: Das seborrhoische Ekzem stellt den Grundtypus des Ekzems dar. Der Morococcus[2] ist die Ursache desselben. Alle anderen Ursachen, welcher Art sie auch immer sein mögen, kommen erst in zweiter Linie in Betracht, sind indirekte und vermögen nur bei seborrhoischer Grundlage die Haut für den Morococcus zugänglicher zu machen, resp. das schon bestehende Ekzem zu verschlimmern. Einerseits durch diese hinzukommenden Momente, wie äußere Schädlichkeiten, andere Organismen und deren Zersetzungsprodukte, andererseits durch die verschiedene Beschaffenheit der Haut der Individuen und einzelner Körperstellen desselben Individuums (wie besondere Temperaturverhältnisse, starke Schweißabsonderung) werden die überaus mannigfaltigen Bilder des seborrhoischen Ekzems, mit deren klinischer und histologischer Definition Herr Dr. UNNA beschäftigt ist, bedingt.

Dem Alter nach verteilen sich die Fälle folgendermaßen:

	m.	w.	Summa
bis zum 10. Lebensjahre..........	64	43	107
vom 10. bis zum 20. Lebensjahre ..	11	21	32
vom 20. bis zum 30. Lebensjahre ..	9	6	15
vom 30. bis zum 40. Lebensjahre ..	15	13	28
vom 40. bis zum 50. Lebensjahre ..	4	4	8
vom 50. bis zum 60. Lebensjahre ..	3	2	5
vom 60. bis zum 70. Lebensjahre ..	—	3	3
vom 70. bis zum 80. Lebensjahre ..	2	1	3
Summa...	108	93	201

[2] cf. UNNA, S. 413, 465 ds. Zeitschr. Band XIV.

Das 1. bis 10. Lebensjahr stellt also die gröſste Zahl von Ekzemerkrankungen. Und wie man von den ersten Lebensmonaten ab bereits eine ziemlich gleichmäſsige Abnahme verfolgen kann, so auch in folgenden 2 Jahrzehnten. Vom 30. bis zum 40. Lebensjahre ist wieder eine Zunahme zu bemerken (Gewerbeekzeme). Vom 40. Lebensjahre an werden die Erkrankungen immer seltener.

Zur Behandlung des Ekzems bemerke ich folgendes: Die Intertrigo, umschriebene nässende Ekzemstellen wurden mit Pasta Zinci sulfurata behandelt:

℞ *Adipis benzoat.*	28,0
Terrae silic.	2,0
Zinc. oxydat.	6,0
Sulf. praecip.	4,0
Mf. pasta.	

Oder mit Puder in der Weise, daſs dasselbe in ein aus Mull gefertigtes, der Gröſse der nässenden Stelle entsprechendes flaches Säckchen gebracht wird, welches eventuell über die Paste gelegt wird. Durch die Bewegungen des Körpers wird dann fortwährend die nässende Stelle mit Puder bestreut.

Als die einfachste und zweckmäſsigste Therapie bei dem krustösen Kinderkopfekzem hat sich uns die folgende erwiesen:

Bei stärkerem Haarwuchs Abschneiden der Haare. Bedeckung des Kopfes mit einer in Olivenöl getränkten dünnen Wattelage zur Erweichung der Krusten zweimal täglich und mit einer darüber gesetzten Nachtmütze, in welche oft zu reinigendes Guttaperchapapier hineingenäht wird. Bei sehr starker Krustenbildung gleichzeitig Anwendung von Seifenwaschungen vor Erneuerung des Ölumschlages. Die gereinigte, nässende Kopfhaut wird nun mit einer dicken Schicht von Pasta Zinci sulfurata, welche selbst unter der Guttaperchakappe eine stark austrocknende Wirkung ausübt, belegt, unter Vermeidung von Waschungen. Wir sahen öfters, daſs so trocken gewordene Köpfe sofort wieder näſsten, wenn die Paste mit Waschungen entfernt wurde. Zu diesem Zwecke wird daher Olivenöl gebraucht. Wenn das Gesicht mitbefallen ist, so wird auch zunächst ein Ölverband zur Ablösung der Krusten, später Pasta Zinci sulfurata unter einer Maske appliziert, welche mit Guttaperchapapier ausgenäht wird, Öffnungen für Mund und Augen enthält, und eventuell an die Kopfhaube angenäht, ein bequemes und von den Müttern leicht anzufertigendes Verbandmittel darstellt. Um die Armgelenke der Kinder werden eventuell, um das Zerren und Kratzen an dem Verband zu vermeiden, vermittelst einer Mullbinde fixierte Manschetten gelegt.

Unbequemer für die Kinder und bei nässenden Formen des Ekzems geradezu kontraindiziert sind die Dunstumschläge, welche sich bei den

rein schuppenden, trockenen Formen sowohl des Kopfes, als auch besonders des Rumpfes mit einfachem Wasser oder mit 1% Resorzin lösungen erfolgreich erwiesen haben. Die Schuppen lösen sich schnell ab, die Hornschicht quillt auf und gewährt dem Medikament besseren Zutritt.

Bei sehr chronischen, schuppenden Formen älterer Individuen ist das Unguentum Chrysarobini comp. sehr zu empfehlen:

℞ *Chrysarobin.*	
Ammon. sulfoichthyol.	āā 5,0
Acid. salicyl.	2,0
Vaselin. flav.	ad 100,0
Mf. ungt.	

Bei umschriebenen Ekzemen wurden Pflaster- und Salbenmulle, namentlich Zinkichthyolsalbenmull, Bleikarbolsalbenmull, Salizyl- und Zinkpflastermull ausgiebig und erfolgreich angewandt.

Teils zur Fixierung lokal applizierter Salben- und Pflastermulle, teils zur direkten Behandlung ekzematös erkrankter Hautstellen wurde der Zinkleim vielfach gebraucht.

℞ *Gelatin. alb.*	
Zinc. oxydat.	āā 15,0
Glycerini	25,0
Aquae	45,0
Fiat lege artis gelatina.	

Namentlich bei dem nässenden Unterschenkelekzem ist die direkte Applikation des Zinkleims bis zur Austrocknung sehr zu empfehlen.

Das Dermatol, dessen austrocknende Wirkung bei nässenden Ekzemen vielfach gerühmt wurde, hat bei uns durchaus nicht so vorteilhaft gewirkt. Vergleichsversuche mit Dermatolzinkpaste und Zinkschwefelpaste ergeben stets die schnellere und bessere Wirksamkeit der letzteren.

Durch zahlreiche Vergleichsversuche suchten wir uns auch über die Wirkung des Natrium chloroborosum bei Hautkrankheiten, namentlich bei Ekzem, ein sicheres Urteil zu verschaffen.

Das Mittel wurde uns von der Firma Wafsmuth & Comp. in Barmen freundlichst zur Prüfung zugesandt, und zwar als Natrium chloroborosum pulveriatum, als 15%iger Liquor Natri chloroborosi, als Natrium chloroborosum-Krystallbrei. Seine Hauptwirkung ist eine antiseptische, antifermentative und antiparasitäre, und zwar soll es in 5%iger Lösung unzweifelhaft aseptisch ohne jede Schädigung der betreffenden Gewebe wirken. Seiner chemischen Konstitution nach ist das Natrium chloroborosum Bortrichlorid, in welchem zwei Atome Chlor durch Natriumoxyd ersetzt sind. Dem soll seine milde und doch energische Wirkungsweise, welche sich als eine Kombination der Eigenschaften der Borsäure

und des Chlorgases charakterisiert und der Hauptsache nach auf der successiven Abspaltung freien Chlors beruht, entsprechen.

Wir wandten das Mittel zunächst in 5%—10%igen Salben und Pasten bei Ekzemen an, mufsten uns aber sehr bald von der oftmals sehr stark reizenden Wirkung desselben überzeugen. Wir gingen daher zu ganz schwachen, 0,5%—1%igen Konzentrationen über, die wir hauptsächlich in der Form von Dunstumschlägen bei universellen Ekzemen der Kinder in Anwendung brachten. Die reizende Wirkung blieb nun aus, ohne dafs wir, wie zahlreiche Vergleichsversuche ergaben, irgend einen Vorzug vor einfachen Wasserdunstumschlägen oder Resorcindunstumschlägen hätten konstatieren können. Wenn wir also die Anwendung des Mittels bei Ekzem nicht empfehlen können, so leistete uns dasselbe doch bei anderen Hautaffektionen so gute Dienste, dafs es einer Nachprüfung von anderer Seite wert erscheint. Als 5%—10%ige Lösung wirkte es gut, wie schon erwähnt, bei Scabies, in Salbenform und namentlich als Guttaperchapflastermull bei Trichophytie, besonders der nicht behaarten Haut. Seine bleichende Wirkung trat in einem Falle von Pigmentose zu Tage. Es empfiehlt sich, zur Darstellung von Lösungen sich des Liquor natrii chloroborosi zu bedienen. Eine leichte Dosierung wird durch eine auf jeder Flasche sich befindende Tabelle ermöglicht, welche angiebt, wieviel von dem 15%igen Liquor mit einem gewissen Teil Wasser zur Darstellung verschieden prozentuierter Lösungen zu verwenden ist. Die Flaschen sind stets fest zu verschliefsen, da fortwährend Chlor frei wird. Zur Darstellung von Pasten und Salben ist der Krystallbrei dem Pulver vorzuziehen, da er bedeutend mehr freies Chlor enthält als das trockene Pulver.

Drei Fälle von R o s a c e a s e b o r r h o i c a wurden mit Skarifikationen, resp. Stichelungen durch den Mikrobrenner und mit Ichthyolpinselungen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Seborrhoea capitis behandelt.

T u b e r k u l ö s e s E k z e m wurde bei 5 Kindern im Alter von 4—15 Jahren beobachtet. Die Diagnose wurde gestellt bei Lokalisation des Prozesses an den Schleimhautausgängen des Auges, der Nase, des Mundes, der Ohren, bei Komplikationen mit Conjunctivitis phlyctaenosa, Keratitis, Otitis media, Rhinitis und Drüsenschwellungen.

Ein achtjähriger Knabe, welcher an einem typischen tuberkulösen Ekzem der Lippen und Nase, an Drüsenschwellungen und Keratitis gelitten und in der KOCHschen Ära auf Tuberkulininjektionen stark reagiert hatte, stellte sich Ende Mai mit einer Seborrhoea sicca capitis vor. Das tuberkulöse Ekzem der Schleimhautausgänge war vollständig ausgeheilt.

Ein Fall bot insofern Interesse, als bei demselben die Diagnose zwischen seborrhoischem Ekzem und tuberkulösem schwankte. Es handelt sich um ein fünfzehnjähriges Mädchen, welches seit 3 Monaten an einem

Eczema seborrhoicum crustosum capitis litt. Das Ekzem war bald auch auf das Gesicht übergegangen und hatte die Nasenöffnungen, die Lippen und Mundwinkel in einer dem Bilde des tuberkulösen Ekzems entprechenden Weise befallen. Der Naseneingang war mit nässenden Krusten bedeckt, an den Nasenflügeln Rhagaden. Ober- und namentlich Unterlippe derb ödematös geschwollen, die canthi zusammengezogen. Kein Jucken. Submaxillar-Drüsen stark geschwollen. Die Lungen gesund. Der Verdacht auf eine Kombination des seborrhoischen Ekzems mit tuberkulösem der Nase, resp. der Lippen und Mundwinkel wurde, abgesehen davon, daſs das polsterartige, derbe Ödem, das geringe Jucken der Affektion charakteristisch für tuberkulöses Ekzem waren, erhöht durch die Anamnese, welche ergab, daſs Phthisis in der Familie heimisch war, daſs der Vater des Kindes an Phthisis pulmonum gestorben sei, und daſs ein Bruder an einem ähnlichen Ausschlag im Gesicht leide.

Zwei Fälle von Pityriasis rosea Gibert betrafen je ein fünfzehnjähriges und ein vierundzwanzigjähriges Mädchen. In beiden Fällen trat die Affektion akut auf, in dem einen unter Kopfschmerzen und Mattigkeit. Es zeigten sich zuerst auf der Brust rote Flecke, welche rasch sich verbreiterten und fein abschuppten. Die Flecke waren scharf konturiert, bildeten zum Teil ringförmige Figuren und breiteten sich über den ganzen Rumpf, namentlich den Schweiſsrinnen entlang, auch auf die Oberschenkel weiter aus.

Ichthyosis kam fünfmal zur Beobachtung. Im ersten Falle handelte es sich um einen vierzehnjährigen Knaben, auf dessen Rumpfe sich polygonale bis einpfennigstückgroſse Schuppen von graugrünlicher, schillernder Farbe zeigten. Die Schuppen lieſsen sich leicht ablösen. Die darunter sich befindende Haut war rauh, trocken. Auch die Oberschenkel und Oberarme waren teilweise, besonders an den Streckseiten, befallen. Auf den Beugeseiten fanden sich in der Umgebung der Gelenke dicht gehäufte, tiefgrüne warzenartige Erhabenheiten, welche der Haut an diesen Stellen das Aussehen einer Krötenhaut gaben. Die Gelenkbeugen selbst waren frei. Im Gesicht bereits Anlage zum Backenbart. Keine subjektiven Symptome. An anderen Krankheiten hat Patient bisher nicht gelitten. Die inneren Organe gesund; auf dem Kopfe Seborrhoe. Ein Onkel litt wie Patient seit der Geburt an derselben Hautaffektion.

2. Fall. Ein dreizehnjähriger Knabe bot fast dasselbe Bild wie der vorige: polygonale, kleinere, hellgrüne, schillernde Schuppen auf dem ganzen Körper; warzige Verhornungen in der Umgebung der Gelenkbeugen, Freibleiben dieser selbst. Auch auf den Backen Schuppenbildung mit Rötung der Haut. Auf dem Kopfe Pityriasis. Auf beiden Unterarmen und Händen ein mit starker Verdickung der Haut, mit Rhagaden und Pusteln einhergehendes nässendes und krustöses Ekzem.

3. Fall. Der zwölfjährige Bruder litt in noch ausgeprägterer Weise an Ichthyosis diffusa. Der Knabe ist abgemagert; phthisischer Habitus. Husten und Auswurf, starke Nachtschweifse. Linke Brustseite bleibt beim Atmen zurück; Supra- und Infraclaviculargruben beiderseits, namentlich links, eingesunken. Über der ganzen linken Brustseite vorn und hinten Dämpfung, rechts bis zur 5. Rippe. Namentlich links Bronchialatmen, klingende Rasselgeräusche.

Der 4. und 5. Fall betrafen ebenfalls Brüder im Alter von 11 und 2 Jahren. Bei dem ersteren bestand die Krankheit seit 2 Jahren. Derselbe litt auch an linksseitigem Kryptorchismus; bei dem zweiten war die Affektion vor 8 Wochen aufgetreten. Bei beiden war der Rumpf mit den charakteristischen Schuppen bedeckt, auf den Köpfen war Seborrhoea sicca nachzuweisen.

In allen 5 Fällen handelte es sich um die Form mittleren Grades von diffuser Ichthyosis, welche als Ichthyosis serpentina, nitida, scutulata bezeichnet wird. Betroffen waren nur männliche Individuen. Mehrfaches Vorkommen der Erkrankung in der Familie war stets nachzuweisen. Zu beachten sind auch die Komplikationen. Jedesmal war mit der Ichthyosis Seborrhoea, resp. Pityriasis capitis kombiniert, bei einem Knaben (Fall 2) auch ein chronisches Ekzem der Unterarme und Hände. Besonders möchte ich auf die ebenfalls angeborenen Abnormitäten hinweisen, welche sich bei zwei Knaben vorfanden. Einer (Fall 1) zeigte einen stärkeren Haarwuchs des Backenbartes, eine Anomalie, welche sich als eine angeborene partielle Hypertrichosis, eine Heterochronie, darstellte. Der zweite (Fall 4) litt an linksseitigem Kryptorchismus. Ich erinnere mich eines in Bonn gesehenen Knaben, welcher an Ichthyosis und angeborenem Emphysem litt. Ein in der hiesigen Klinik beobachteter, an Ichthyosis diffusa leidender Knabe zeigte Erweiterung der Lungengrenzen, totale Überlagerung der Herzdämpfung und einen fafsförmig gebauten Thorax.

Die Behandlung bestand in Applikation erweichender Mittel, Einreibungen mit Kartoffelbrei, dem Oleum jecoris Aselli oder Glyzerin bis zur Salbenkonsistenz zugesetzt wurde, ein billiges, von den Angehörigen der Patienten selbst anzufertigendes Mittel.

8. Akute und chronische Infektionskrankheiten der Cutis.

Die Furunkulose wurde in leichteren Fällen sehr erfolgreich mit Quecksilberkarbolpflastermull behandelt. Zweckmäfsig ist es, namentlich im Nacken, die Pflaster mit Zinkleim zu fixieren. Die Pflaster werden am besten täglich erneuert. Schon nach einigen Tagen eröffnen sich die Furunkel. Bei sehr tiefen Furunkeln tritt das Messer in seine Rechte.

Erwähnen möchte ich auch einen schweren Fall von Trichophytie

des Bartes bei einem fünfzigjährigen Maschinisten, dessen Kinder von ihm eine Trichophytia capitis acquirierten. Bei ihm entwickelten sich aus thalergrofsen, kreisförmigen, mit zahlreichen Bläschen am Rande bedeckten, zuerst am Halse sich zeigenden nnd auf den Backenbart schnell übergehenden Efflorescenzen akut tiefe, sehr schmerzhafte, derbe bis taubeneigrofse Infiltrate, namentlich in der Submentalgegend. Die sie bedeckende Haut war stark gerötet. Epilation, Applikation von Resorcinsalben, Quecksilberkarbolpflastermull blieben erfolglos. Erst zwei tiefe Inzisionen mit Auskratzung der infiltrierten Massen brachten eine Wendung zur Besserung. Auf die offene Wunde wurde Quecksilberpflastermull gelegt, unter dem in kurzer Zeit Heilung erfolgte.

Lichen planus. Karl, 15 Jahre alt, litt im Sommer 1890 an Ausschlag, welcher bald wieder verschwand, um im Jahre 1891 in verstärktem Mafse wieder aufzutreten. Es handelte sich um ein auf die Streckseiten beider Unterschenkel lokalisiertes Exanthem aus roten, derben, juckenden, hanf- bis pfefferkorngrofsen, an der Oberfläche glänzenden flachen Knötchen, die in Gruppen standen, teilweise einsanken, mit Hinterlassung eines narbenähnlichen, deprimierten Zentrums, unter Bildung neuer Knötchen an der Peripherie und mit Pigmentierungen an denselben. An einzelnen Stellen, namentlich an den oberen Teilen der Unterschenkel, waren die Pigmentierungen in der Peripherie besonders stark ausgeprägt; hier fanden sich keine Papeln, sondern in der pigmentierten Randzone zerstreute rote Flecke. Die Haut hatte an diesen Stellen ein marmoriertes Aussehen. Über dem rechten Fufsknöchel war die Haut ziemlich stark verdickt und glänzend. Die Lokalisation war eine annähernd symmetrische. Das Leiden trat ohne Allgemeinerscheinungen bei einem für sein Alter gut entwickelten, bisher stets gesunden Knaben auf. Nach mehrmonatlichem Bestande des Exanthems zeigten in unregelmäfsiger Weise Nachschübe, welche sich als Blutaustritte unter die Haut charakterisierten, allmählich im Zentrum erblafsten und namentlich in der Peripherie starke Pigmentierungen zurückliefsen. Dabei keine Knötchenbildungen. Niemals waren Schmerzen vorhanden; das Allgemeinbefinden blieb andauernd gut; die Krankheit beschränkte sich stets auf die Unterschenkel.

Es handelte sich in diesem Falle um einen in Abheilung begriffenen Lichen planus. Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens bestätigt. Im wesentlichen bot der Fall zwei Eigentümlichkeiten. Eigentümlich war zunächst das Beschränktbleiben der Affektion auf die Streckseiten der Unterschenkel. In der Regel sind der Rumpf und die Beugeseiten der Extremitäten vorwiegend ergriffen, nur bei ausgedehnter Verbreitung über die Haut erkranken auch die Streckseiten.

Sodann ist der Übergang der Erkrankung in eine der Purpura haemorrhagica ähnelnde Affektion hervorzuheben. Die Behandlung bestand in innerlicher Verabreichung von Tinctura Arnicae, äußerlich in Bleiwasser-, später auch in Arnikaumschlägen.

(Schlufs folgt.)

Zur Geschichte der Sklerodermie in England.

Von

T. Colcott Fox, M. B.,

Physician to the Skin Department at Westminster Hospital.

Die Geschichte der Sklerodermie in England dient zur Illustration des allmählichen Wachsens unserer Kenntnisse von dieser Krankheit und kennzeichnet sehr deutlich die Verwirrung, welche dadurch entstand, dafs von verschiedenen Forschern verschiedene Namen auf die einzelnen Stadien einer und derselben Krankheit angewandt wurden, und ferner die günstigeren Verhältnisse, die heutzutage in Bezug auf die Verbreitung medizinischer Kenntnisse obwalten.

Es ist allgemein bekannt, dafs Willan (*On Cutaneous Diseases* 1808) diese Affektion unter der Bezeichnung Ichthyosis cornea erwähnt hat, doch fügt er hinzu, dafs er niemals einen solchen Fall gesehen habe. Er bespricht den von Cursio im königlichen Hospital zu Neapel beobachteten, sehr charakteristischen Fall[1] und giebt Hindeutungen auf andere mutmafsliche Fälle, bei denen die Extremitäten befallen waren. Hillier deutet vermutungsweise an, dafs Willans Vitiligo, welche allen so rätselhaft erschien, vielleicht in Wirklichkeit Sklerodermie war. Der Bericht über den Cursioschen Fall besitzt immer noch Interesse, einmal wegen des typischen Bildes, der charakteristischen Zunge, und andererseits wegen der eingeschlagenen Therapie. Das Mädchen konnte warme Bäder mit Milch und Wasser nicht vertragen, noch auch konnte sie es leiden zum Zwecke der Schweifserzeugung mit Decken eingewickelt zu werden; es wurden deshalb Dampfbäder verordnet, und das Resultat

---

[1] An „Account of an Extraordinary Disease of the Skin, and its Cure. Extracted from the Italian of Carlo Cursio; accompanied with a letter of the Abbé Nollet, F. R. S., to Mr. William Watson F. R. S.,“ by Robert Watson M. D., F. R. S., *Philosoph. Transact.* 1754, pag. 579, Vol. 48, part II.

scheint ein ausgezeichnetes gewesen zu sein, vielleicht weil die Krankheit schon in der Auflösung begriffen war.

Der Name Ichthyosis cornea wurde später von ALIBERT eingeführt und von BATEMAN acceptirt zur Bezeichnung von Fällen, welche wir jetzt als Ichthyosis mit hornartigen Erhebungen kennen. Unter dieser nämlichen Benennung hat der verstorbene MR. STARTIN (ein Schüler von ALIBERT) einen sehr ausgesprochenen Fall von universeller Sklerodermie bei einer jungen Frau beschrieben (Lectures, *Medical Times*, 1846, p. 371).[2] Die im Jahre zuvor von THIRIAL publizierten Beobachtungen waren ihm offenbar unbekannt ebenso wie die von seinem Lehrer ALIBERT gegebene Schilderung sowohl der diffusen als auch der zirkumskripten Formen.[3] Ich darf wohl die Bemerkungen STARTINS hier zitieren. Bei dem von ihm beschriebenen Falle fing die Affektion an den Armen und Händen der Patientin, einer jungen Dame, an und ergriff allmählich den ganzen Körper. Sie litt auch an Schmerzen in der Brust und Herzklopfen. Die Haut schwitzte niemals (wie bei dem Falle von CURSIO). Die Finger waren auf die Handteller gebeugt, die Nägel waren gebogen und verdickt, die Hände und Arme wie festes Wachs. Die Beweglichkeit der Gelenke war sehr gering, an den Fingern fehlte dieselbe fast vollständig. Die Zunge[4] war auch an der Krankheit beteiligt. STARTIN stellt die folgenden allgemeinen Betrachtungen an. Es handelt sich hier um eine sehr seltene Krankheit, welche sowohl lokal als auch universell auftritt. Er hatte einen universellen und drei lokalisierte Fälle gesehen. Das Leiden „äufsert sich als eine verhornte, starre Beschaffenheit des Integumentes, welche wie die letztgenannte Abart sich über den ganzen Körper ausbreiten kann oder auch auf eine einzige Stelle oder Strecke beschränkt bleibt; meistenteils beginnt die Affektion an einem Punkte, gewöhnlich als Folge irgend eines Traumas, das diesen Teil betroffen haben mag, und eine Steifigkeit oder Härte ist das erste pathologische Symptom, das hervortritt; dieses kriecht dann weiter, bis das ganze Glied in ähnlicher Weise affiziert ist, und alsdann kann der gesamte Körper mehr oder weniger von dem Leiden ergriffen werden. Für das Auge ist in den Anfangsstadien wenig von einer Erkrankung zu erkennen, aber auf Berührung giebt sich eine unnatürliche Härte zu erkennen, die sogar ein Gefühl veranlaſst, als ob das Integument zu Knorpel oder Horn geworden sei, oder als ob die Cutis auf Pappe aufgeklebt sei. Nach einiger Zeit werden die Finger

[2] Es erscheint nicht unwahrscheinlich, dafs die von BRODIE in seinen *Lectures illustrative of various subjects in Pathology and Surgery* 1846 beschriebenen zwei Fälle einer „peculiar species of dry gangrene of the skin" in der That Fälle von zirkumskripter Sklerodermie waren.

[3] BESNIER, *Annal. de Derm. et de Syph.*, 2. Ser., 17, No. 1, 1880.

[4] Von FAGGE werden mehrere Fälle angeführt, bei denen die Zunge und die Mundschleimhaut ergriffen waren.

und Gelenke kontrakturiert und verhornt; von den Knöcheln ragen Gebilde hervor sowie Knochenspitzen, die nur eine geringe Hautbedeckung haben." Er sagt ferner, dafs diejenigen Teile, wo sich subkutane Muskelfasern oder starke oberflächliche Fascien finden, am auffälligsten beteiligt sind. NAYLER, der mit STARTIN in so intimer Beziehung stand, schreibt in seinem 1866 veröffentlichten Werke, dafs er niemals einen Fall von allgemeiner Sklerodermie oder Ichthyosis cornea, wie die Bezeichnung lautet, gesehen habe, und auf Seite 272 zitiert er ADDISONS Beschreibung und die Paradigmata des „echten Keloids" und zeigt, dafs ihm die zirkumskripte Sklerodermie oder Morphoea unbekannt war. Seine Bemerkung, „bei dem von MR. STARTIN berichteten Falle, welcher zugleich derjenige ist, auf den sich ALIBERT bezieht", verdient Beachtung, denn man kann daraus entnehmen, dafs STARTIN und ALIBERT ihre Meinungen betreffs dieses Gegenstandes ausgetauscht hatten. Dann folgt, was England anbelangt, die wichtige Abhandlung des berühmten Arztes vom Guy's Hospital, THOMAS ADDISON, in den *Medico-Chirurgical Transactions* des Jahres 1854, jedoch hatte ALDERSON in derselben Gesellschaft vier Tage vorher einen Fall von zirkumskripter Sklerodermie vorgestellt.[5] ADDISON hatte offenbar gar keine Kenntnis der früheren von ALIBERT und STARTIN gegebenen Schilderungen, und seine Bezeichnung der Affektion als „echtes Keloid" war eine höchst unglückliche und hat lange Zeit viel zur Verdunkelung des Gegenstandes beigetragen. Viele Jahre hindurch herrschte die gröfste Verwirrung. SEDGWICK beschrieb einen Fall unter dem Namen „echtes Keloid", bei dem die eine Seite der Zunge betroffen war, in den *Pathological Society Transactions for* 1861. HILLIER beschreibt in seiner Abhandlung über Vitiligo vom Jahre 1865, pag. 175, zwei Fälle, die wahrscheinlich nichts anderes als „Morphoea" waren, aber sein Bericht hinterläfst einige Unsicherheit in Bezug auf den Gegenstand, um so mehr, als er auf Seite 224 die ADDISONsche Beschreibung des „echten Keloids" anführt und dann THIRIALS Sclerema bespricht, welches, wie er sagt, dem ADDISONschen Keloid sehr ähnlich ist. Er vervollständigt den Bericht über SEDGWICKS Fall. Dies führt mich nun zu dem sehr wichtigen Beitrag von ERASMUS WILSON, der den Ausdruck „Morphoea" für umschriebenes Skleroderm gebrauchte, weil er annahm, dafs diese Fälle thatsächlich Überreste echter Lepra seien, und es wird der in diesem Sinne gebrauchte Name gewöhnlich auf ihn zurückgeführt. Wir finden aber, dafs schon vor der Zeit von WILSONS Publikationen im Guy's Hospital zwei als „White tubercle, or Morphoea" bezeichnete Modelle enthalten waren. Wer aber für diesen Namen die Verantwortung tragen mag, weifs ich nicht. Schliefslich will ich auch die klassische Abhandlung von HILTON

[5] *Notice of a case of skin disease.*

Fagge in den *Guy's Hospital Reports*, 3rd Series, Vol. XIII, 1868, anführen, eine Arbeit, die, wie ich glaube, auf dem Festlande kaum genügend gekannt ist. Fagge war mit den Schriften von Alibert über Keloid vollkommen vertraut, aber dessen Schilderung der verschiedenen Formen von Sklerodermie war ihm unbekannt. In seiner Abhandlung kommt Fagge zu dem Schlusse, dafs das Addisonsche Keloid „anstatt eine eigene Affektion darzustellen, thatsächlich nur ein Teil ist einer viel gröfseren Gruppe von Fällen, welche (namentlich in der französischen und deutschen Litteratur) als Sklerem, Sklerom oder Scleriasis bezeichnet werden". Er giebt eine Übersicht der vier Fälle von Addison und von drei eigenen und differenziert sie von dem Alibertschen Keloid. Dann geht er auf die als Scleriasis u. s. w. beschriebenen Fälle ein und hebt die Übergänge zwischen ihnen und dem Addisonschen Keloid hervor. So weit ist alles höchst befriedigend, aber dann unterscheidet er eine Gruppe von Fällen, welche, wie er damals meinte, nur beim männlichen Geschlecht vorkommen, und zwar auf der linken Seite der Stirn und Nase im Hautgebiet des Trigeminus, „namentlich in dessen oberem Teile", und für diese Gruppe gebraucht er die Bezeichnung Morphoea. Er erkennt die Analogien zwischen „chronic scleriasis" oder „Addisons Keloid" an und nennt diese kleine Gruppe Morphoea, aber nach einer Besprechung der Argumente für und gegen ihre Identität kommt er zu dem Resultat, dafs die beiden Affektionen vorläufig als getrennte zu erachten seien. „Die Theorie", sagt Fagge, „nach welcher Addisons Keloid und Morphoea Modifikationen der Lepra sind, ist thatsächlich weiter nichts als eine willkürliche Hypothese".

Ich habe mir erlaubt, diese wenigen Notizen zusammenzustellen in der Hoffnung, etwas mehr Klarheit auf diesen Gegenstand zu werfen, da derselbe ein sehr konfuses Kapitel in der Geschichte der Hautkrankheiten in England darstellt. Während ich über den Gegenstand schreibe, will ich auch hinzufügen, dafs Virchow (*Die krankhaften Geschwülste*) sagte, das Addisonsche Keloid schiene ihm ein partielles Sklerem und Sklerodermie zu sein, was er selber beobachtet habe. Ich bin nicht im stande gewesen, die Bärensprungsche Beschreibung aufzufinden, dem die Priorität vor Wilson in der Schilderung der Morphoea alba lardacea (*Göschens Deutsche Klinik*, 1855) gebühren soll. Ich habe übrigens gesehen, das Cazenave in seinem *Atlas* (Planche XII., Keloid) eine recht gute Abbildung von Morphoea der Brust geliefert hat. Gilbert, (ein Schüler von Biett) giebt in seiner 3. Auflage, pag. 565, eine unverkennbare Beschreibung von ausgebreiteter, zirkumskripter Sklerodermie bei einem zwanzigjährigen Manne unter der Benennung Lèpre-Vitilige.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Über die Darstellung von Zink- und Quecksilberseifen, von CARL MICKO. (*Pharmazeut. Centralhalle.* 1892. No. 23.) Verfasser berichtet vorerst über seine Versuche, eine Zinkseife analog der Bleiseife herzustellen. Die gleiche Verseifung der Fette mit Zinkoxyd gelingt nur unter Zusatz von 1—2 % Kalihydrat, die gebildete Kaliseife kann durch Zusatz von heifser Zinksulfatlösung entfernt werden. Beim Erwärmen der freien Fettsäuren mit Zinkoxyd ergab sich bei Benutzung der Ölsäure eine übelriechende Seife von unreinem Aussehen; wurde Stearin genommen (ein Gemisch von Stearinsäure und Palmitinsäure), dann erhielt man eine weifse, zu einem feinen schlüpfrigen Pulver zerreibliche Masse, das zu Streupulvern und Kosmeticis geeignet erscheint. Am besten für Laboratorien eignet sich die Fällung von Alkaliseifen mit Zinksulfat: Sapo venetus mit kochendem Wasser zu einem dicken Leim gelöst und beim Kochen mit heifser, nicht zu verdünnter Zinksulfollösung versetzt. Die Zinkseife ist sehr beständig, giebt mit den gleichen Teilen Olivenöl ein zartes Unguentum molle; ein kleiner Zusatz von Zinkoxyd zur Zinkseife ist zu empfehlen. Zur Herstellung von Pflastermassen mufs die Zinkseife mit passenden Zusätzen versehen werden, z. B. Resin. Damar. 4,0, Lanolin 16,0, Sapo Zinc. 80,0. — Wo eine Resorption von Zink gewünscht wird, wäre die Zinkseife vorzuziehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Oxychinaphtol (Diaphtherin). Ein neues Antiseptikum. Dem MERKschen Prospekt entnehme ich folgende Angaben über das neue Vernichtungsmittel der Bakterien, wie es der bescheiden gewählte Name besagt. Es besteht aus 1 Molekül Oxychinolin und 1 Molekül phenolsulfonsaurem Oxychinolin, stellt bernsteingelbe, dem hexagonalen System angehörige Säulen dar und ist in gleichen Teilen Wasser löslich, ebenso in verdünntem Alkohol, in absolutem Alkohol dagegen nur in der Wärme. Prof. EMMERICH prüfte seine bakterienvernichtende Kraft, die den am stärksten wirkenden Antisepticis zur Seite gestellt werden kann, manche sogar übertrifft. Das Mittel ist relativ ungiftig. Dafs es als Pulver, Pastille etc. leicht transportabel gemacht werden kann, sich durch seine schwefelgelbe Farbe genau kennzeichnet, in Wasser klar löslich ist und einen chemisch reinen Körper darstellt, sind gewifs Vorteile, dagegen ist der Umstand, dafs nichtvernickelte Instrumente bei Berührung mit dem Diaphtherin schwarz anlaufen, ein nicht zu unterschätzender Nachteil. Die klinische Prüfung durch Dr. KRONACHER ergab den gewünschten Erfolg: Die antiseptische Wirkung wurde durch ½—1 % Lösung erreicht ohne jegliche Reizerscheinungen an der Wunde wie an den Händen des Operateurs. Bei gleichzeitiger Einführung von Instrumenten bilden sich geringe, schwärzliche, vollkommen ungefährliche Niederschläge.

Das neue Antiseptikum, über dessen Preis übrigens nichts gesagt ist, dürfte doch wegen der unangenehmen Schwarzfärbung der Instrumente sich nicht leicht einführen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Was sind Pflastermulle? von TROPLOWITZ. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1891. No. 97.) Verfasser beschreibt die BEIERSDORFschen Pflastermulle, die mit einem Minimum von Konstituens und klebender Masse die Arzneistoffe in feinster Verteilung enthalten, und infolge ihrer Impermeabilität eine möglichst grofse Tiefenwirkung entfalten.

F. Hahn-Bremen.

Über das Vorhandensein eines verdauenden Fermentes in der Anagallis arvensis, von DACCOMO und TOMMASOLI (*Rassegna di Scienze mediche.* Nr. 4. 1892)

Die Verfasser haben Gelegenheit gehabt, sich von den peptonisierenden Eigenschaften dieser Pflanze zu überzeugen, welche in gewissen Gegenden Italiens als „Warzenkraut“ bekannt und sehr geschätzt ist. Sie konnten daraus ein Ferment isolieren in Form einer amorphen, weifsen, in Wasser leicht löslichen, nach Sauerteig riechenden Substanz. Im wässerigen Auszug der Pflanze lösten sich rohes Fleisch und Fibrin in relativ kuzer Zeit auf, was den Ruf derselben bezüglich ihrer auflösenden Eigenschaften bei Warzen und ähnlichen Gebilden in vollem Mafse rechtfertigt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Beiträge zur Kenntnis der Mutterkornwirkung, von Dr. Abraham Grünfeld. (Band VIII. der Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat, herausgegeben von Professor Kobert.) An die zahlreichen Arbeiten der Kobertschen Schule über die Bestandteile und Wirkung des Mutterkorns reiht sich die vorliegende würdig an. An der Hand zahlreicher Experimente bei den verschiedensten Versuchstieren prüft Verfasser: 1. ob der gangränöse Ergotismus auf Sphacelinsäure beruht, 2. wie die Gangrän zu stande kommt, 3. ob dieselbe mit Veränderungen im Rückenmark einhergeht. Verfasser kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Wirkung des frischen Mutterkorns nimmt bald ab, ist vom vierten Monat ab (also vom November), — gleichgültig, ob es pulverisiert oder in Stücken aufbewahrt wird — viel schwächer, vom März ab gar nicht mehr wirksam und sollte dann bis zur frischen Ernte gar nicht mehr verordnet werden. — Pulv. secal. corn. spir. vini extract., Sklerotinsäure, Ergotinum Bonjean haben bei Darreichung per os keine Wirkung auf den Menschen. Die Ergotine und wässerigen Mutterkornextrakte sind subkutan absolut wirkungslos; dagegen ist die Ergotinsäure subkutan (nicht per os) von Einflufs, indem es den Blutdruck herabsetzt, Gehirn und Rückenmark lähmt. — Die einzig wirklich wirksamen Präparate sind aufser dem durch andere Arbeiten geprüften Kornutin das Extractum cornutino-sphacelinicum, sowie die reine und rohe Sphacelinsäure; das erstgenannte zersetzt sich am schnellsten. Die von Gehe hergestellte reine Sphacelinsäure wirkt am intensivsten, mufs aber auch acht Monate nach der Ernte in gröfseren Dosen gegeben werden. — Die erzielten Symptome bei den verschiedenen Tiergattungen waren: Bei Hähnen: 1. Schwarzwerden des Kammes und des Bartlappens, sich bei fortdauernder Darreichung steigernd bis zur wahren Gangrän. Thromben, auch hyaline Massen enthaltend, und hyaline Degeneration der Gefäfse wurden gefunden. Derselbe gangränöse Vorgang trat an der Zungenspitze ein. 2. Appetitlosigkeit; eine gewisse Narkose; Erbrechen, Speichelflufs, Tod unter Erstickungserscheinungen. 3. bei der Sektion: Katarrh im Oesophagus, Kropf, Mageneingang; zahlreiche nekrotische Geschwüre im Kropf; Blutextravasate im Darm; amyloidähnliche Veränderungen in der Leber. Bei Ferkeln: Gangrän der Ohrmuscheln. Bei Schafen: Abmagerung, Stupidität.

Die von anderen bei Ferkeln gesehene Ataxie und Parese hat G. nicht wahrnehmen können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Sassaparille, von Professor Kobert. (*Deutsch. med. Wochschr.* No. 26.) Weitgehende Untersuchungen ergaben, dafs in der Sassaparille 3 Glykoside, das Parillin, das Saponin und das Sarsasaponin, enthalten sind und dafs diese an die Wirkung der Quillajasäure und des Sapotoxins erinnern. Welche Wirkung dürfen wir demnach von einer innerlichen Sassaparilldekoktbehandlung bei Menschen erwarten?

Nach K. kann man sagen, dafs dieselbe ungefährlich sein wird, falls Patient nicht etwa Darmgeschwüre hat, welche die Möglichkeit eines Überganges der Sassaparillglykoside ins Blut und damit das Zustandekommen einer ausgedehnten Blut-

zersetzung gestatten. Wie bei der Quillaja- und Senegabehandlung die Anwesenheit von Läsionen des Epithels im Digestionstraktus als Kontraindikation gilt, so ist gerade die Behandlung gleichzeitig mit Hg und Sassaparille gewifs oft dem Patienten mehr schädlich als nützlich. Diurese und Schweifs wird nur eintreten, wenn gleichzeitig viel heifse Getränke getrunken werden, da die Sassaparillwurzeln Diurese und Schweifs nicht erzeugen. Alle Wirkungen können ebenso durch andere billigere Saponinsubstanzen, wie weifse oder rote Seifenwurzeln, erzielt werden, und in der That ist in Rufsland im Holzthee die Saponaria rubra enthalten und bedingt eine sehr starke Wirkung dieses Thees. Wie aber die genannten Wirkungen die Syphilis heilen sollen, ist nicht einzusehen. Verständlich wird es aber, wenn man bedenkt, dafs in ausgedehnten Gebieten Rufslands mit ausgezeichnetem Erfolg die sogenannte Ofenkur der Syphilis von den Volksärzten seit alters durchgeführt wird, welche unter Vermeidung aller Merkurialien und Jodmittel den Kranken für 1—2 Wochen auf den wohlgeheizten russischen Ofen verbannt, wo er reichlich warmen Thee und nicht allzuviel zu essen bekommt. Dies allein kann schon viele Fälle von Syphilis heilen, doch die Sassaparille wirkt nicht spezifisch. Sollte jemand dieselbe doch für spezifisch wirkend halten, dann mufs das Sarsasaponin der Hauptträger dieser Wirksamkeit sein, und K. fordert zu solchen Versuchen auf. *L. Hoffmann-Berlin.*

Angioneurosen.

Zur Statistik und Ätiologie des Skorbuts, von Leo Berthenson. (*Deutsches Arch. f. klin. Medizin.* 49. Band. 4. u. 5. Heft.) Wenngleich bisher die Nachforschungen nach spezifischen Mikroorganismen keine sicheren positiven Resultate ergeben haben, kommt Verfasser doch zu dem Schlufs, dafs der Skorbut als eine Infektionskrankheit anzusehen ist, den Anomalien der Ernährung aber nur die Rolle eines prädisponierenden Moments zukomme. Die Prophylaxe mufs dieser Ansicht natürlich Rechnung tragen: Assanisation und Austrocknen des Bodens, Desinfektion von Wohnungen und Kleidern, Isolierung der Kranken, Genufs frischer Nahrungsmittel und Abwechselung in der Kost zur Verhütung prädisponierender Darmerkrankungen. Die Behandlung besteht in einer entsprechenden Ernährung; ein spezifisch wirkendes Mittel wird wohl zur Klasse der Antiseptica gehören müssen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur Behandlung der Urticaria, von Georg Müller. (*Der ärztliche Praktiker.* 1891. No. 27.) Ein $3^1/_2$jähriger Knabe zeigte 6 Wochen nach einem grofsen Schreck paukenartige Anschwellungen an den verschiedensten Körperteilen, die stets sehr schnell verschwanden; dieselben gingen mit Schmerzen in den ergriffenen Teilen einher. Einmal trat auch durch Anschwellung der Kehlkopfschleimhaut ein dyspnoischer Anfall ein. Nach vielen Versuchen wurde durch Anwendung von Massage und Gymnastik fast vollkommene Heilung erzielt; kleine Rückfälle wurden durch Effleurage beseitigt.

(Ob diese „fliegenden Ödeme“ ohne Jucken, ohne eigentliche Quaddelbildung — wenigstens ist von beidem nichts erwähnt — auch zur Urticaria zu zählen sind? Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Drei Fälle von neurotischem Ödem nach Trauma, von O. Horwitz. (*Med. News.* 16. April 1892.)

1. Bei einem kräftigen Manne in den besten Jahren war ein stark vernachlässigtes Gumma des Penis durch spezifische Behandlung unter Hinterlassung ziemlich erheblicher Zerstörung schliefslich geheilt. Wenige Wochen nachher stellte er sich

wegen Harnverhaltung wieder ein, und es mufste das kontrahierte Narbengewebe inzidiert werden; ein Bougie 26 F. ging dann leicht bis an die Blase ein; während des Versuches, alsdann Wasser zu lassen, schwoll plötzlich das Glied enorm an, war aber gar nicht schmerzhaft, und die ganze Störung war am nächsten Morgen nach Bettruhe und Pilokarpin verschwunden.

2. Ein Herr liefs sich einen kleinen Furunkel auf dem Kopfe inzidieren; sehr kurze Zeit darauf kolossale Schwellung der ganzen rechten Gesichtshälfte, aber ohne Rötung, Hitze oder Schmerz. Abheilen in 48 Stunden.

3. Ein Betrunkener erlitt eine ganz geringe Verletzung am Hinterkopf: am nächsten Tage eine der vorherigen analoge intensive Schwellung, die im Laufe des nächsten Tages verschwand. Ähnliches hat Verfasser auch sonst, namentlich nach Varicocelenoperationen, gesehen. *Philippi-Nieheim.*

In der Gesellschaft der Ärzte in Zürich demonstrierte H. Müller (*Correspbl. f. schw. Ärzte.* No. 13. 1892) einen interessanten Fall von **akutem, allgemeinem angioneurotischen Ödem**, über den er gleichen Orts vor einigen Jahren ausführlich referiert hat. Die Krankheit dauert beim Patienten nun schon 8 Jahre und tritt anfallsweise auf (nun schon ca. der 80. Anfall), befällt den ganzen Körper gleichmäfsig und nicht blofs, wie beim mechanischen Ödem, Haut und Unterhautzellgewebe, die gut faltbar bleiben. Die Dauer des Anfalls ist verschieden und beträgt höchstens 10 Tage. In der Zwischenzeit ist Patient vollständig gesund. Mit der mächtigen Anschwellung des Körpers tritt Unwohlsein und Fieber ein, die Harnmenge nimmt beträchtlich ab; an den Unterschenkeln zeigen sich variköse Knoten. Gleichzeitig läfst sich ein lautes systolisches Geräusch mit Herzdilatation vernehmen. Den Anfällen gingen öfters starke, ziehende Schmerzen, dem ersten jahrelange heftigste Visceralneuralgien voraus. M. hält die Krankheit für eine Vasoneurose.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über den Einflufs der Purpura haemorrhagica auf Menstruation und Gravidität, von J. Phillips. (*Trans. Obstet. Soc. Lond.* Vol. XXXIII., nach den *New-York med. Journ.* 23. April, 1892.) Wenn sich Gravidität mit Purpura haemorrhagica kompliziert, so ist die Prognose aufserordentlich infaust, und die grofse Mehrzahl der Fälle endigt schnell tötlich. Der Tod kann sowohl durch Blutung post partum erfolgen, als auch infolge einer der Septikämie ähnlichen konstitutionellen Störung, deren genaues Wesen uns unbekannt ist. Frühgeburten sind häufig und sind entweder durch die ernste Störung des Allgemeinbefindens oder durch intrauterine Blutung bedingt. Der gewöhnliche purpurne Ausschlag erscheint anfangs oft als eine hellrote Färbung und dunkelt erst allmählich nach. Auf den Fötus scheint sich das Leiden nicht zu übertragen, doch ist es eine ergiebige Ursache des Absterbens der Frucht in utero. *Philippi-Nieheim.*

Bemerkungen über einen Fall von Purpura infolge von Pneumokokken, von Claisse. (*Arch. de médecine expér. et d'anat. path.* 1891. No. 3. *Centralbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat.* 1892. No. 10.) Pneumokokkenendokarditis, auf alten rheumatischen Effloreszenzen entstanden; Hautembolien mit Purpura; Pneumokokkennephritis, terminale Pneumonie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über die durch Streptokokken verursachte Purpura im Verlaufe der Meningitis cerebrospinalis; Übertragung der Purpura von der Mutter auf den Fötus, von Hanot und Luzet. (*Arch. de méd. expér. et d'anat. path. — Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* 1892. No. 10.) Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit im wesentlichen an. An der ausgetragenen Frucht zeigten sich Blutungen des Thymus, des Epicards, der Pleuren, dagegen keine Hauthämorrhagien. In dem

Herzblut und in den epikardialen Petechien des Fötus wurden Streptokokken gefunden, ebenso in dem meningitischen Exsudat, in Milz, Leber und Uterus der Mutter. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beobachtung eines Falles von Purpura haemorrhagica mit ausgebreiteten Hautödemen, von d'Espine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1892. No. 7.) — Es handelte sich um ein 11jähriges Mädchen, bei dem das Ödem an den Fingern begonnen hatte und von hier in wenigen Tagen über den ganzen Körper fortgeschritten war, der Haut ein wachsartiges Aussehen verleihend. Fast gleichzeitig zeigte sich ein Purpura-Exanthem in Form großer roter Flecken, das ebenfalls an den Extremitäten seinen Anfang genommen hatte. Temperaturerhöhungen und große Schmerzhaftigkeit auf Druck; Nasenbluten und heftiger Schmerz in einem Knie. Nach circa 12 Tagen begann das Ödem zu schwinden, das Exanthem abzublassen. Beide kehrten aber, jedoch in geringerer Intensität, die Efflorescenzen in kleineren Dimensionen (einmal am Arme in annulärer Form), noch einige Male wieder. Gastroenteritische Störungen. Dauer der Krankheit circa 35 Tage; am Ende derselben war ein seit mehreren Jahren und noch bei Beginn der Erkrankung wahrnehmbares lautes systolisches Blasen vollständig verschwunden.

Verfasser zählt den Fall zu der von Henoch beschriebenen Purpura rheumatica und weist hin auf die nahe Verwandtschaft dieser Affektion mit dem Erythema polymorphum.

Bezüglich der Ätiologie erwähnt er die Resultate der Untersuchungen von Letzerich, Kolb, Tizzoni und Giovanni, welche nach Injektionen von Kulturen aus dem Blute Purpurakranker bei Tieren (Hund, Maus, Kaninchen, Taube) eine mit der Purpura identische Krankheit hervorzubringen vermochten.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Purpura nach Genuſs von Jodnatrium hat Georges Lemoine beobachtet. Die Flecken erschienen wenige Stunden nach Einverleibung von nur einem Gramm. Der betreffende Patient litt an Nieren- und Leberkongestion, war ikterisch gewesen und hatte Eiweiſs im Harn gehabt. (Referiert im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 252.) *Türkheim-Hamburg.*

Akute Exantheme.

Miliaria-Epidemie. (*Intern. klin. Rundsch.* 1892. No. 20.) Die zum Studieren der in Krain konstatierten Miliaria-Epidemie entsendeten Prof. Drasche und Prof. Weichselbaum berichten nach der *Intern. klin. Rundsch.* folgendes: Die Krankheit begann regelmäſsig mit Gliederschmerzen, Schüttelfrost und Angstgefühl. Fieber bis 41°; Erbrechen selten. Mit dem Ausbruche eines überaus profusen und eigentümlich riechenden Schweiſses und der Eruption eines massenhaften, knötchenartigen Exanthems auf livider oder dunkelgeröteter Haut schloſs der erste Anfall. Unter nachlassendem oder fortbestehendem mäſsigen Fieber erblaſste die Haut, die Knötchen füllten sich mit heller, milchig-trüber, selbst eitriger Flüssigkeit und konfluierten zu Pusteln. Sehr bald folgte auch eine kleienartige Abschuppung. Auſserordentliche Schwäche und Abgeschlagenheit blieben zurück. In der Mehrzahl der Fälle kam es zu wiederholten Nachschüben. Traten gleich anfangs Konvulsionen und Delirien auf, dann endete der Fall immer letal. Die Brustorgane zeigten keine krankhaften Erscheinungen; Milz wenig oder nicht vergröſsert; Stuhl träge; Schwäche hochgradig, langsame auf mehrere Wochen sich erstreckende Rekonvaleszenz. Komplikationen und Nachkrank-

heiten kommen nicht vor. Sektion einer 22jährigen, nach 3tägiger Krankheit verstorbenen Frau 5 Stunden nach dem Tode ergibt: Das Exanthem bestand aus äufserst kleinen Knötchen und einzelnen weifsen, korngrofsen Bläschen mit wasserhellem oder milchig-trübem Inhalt; das Exanthem war am reichlichsten am Unterleibe, weniger reichlich an Thorax, Hals und Gesicht; die benachbarten Schleimhäute zeigten keine Effloreszenzen. In der Schleimhaut des Magengrundes mehrere gröfsere Hämorrhagien; in den Unterlappen beider Lungen hämorrhagische Herde, im Endokard des linken Ventrikels mehrere Ecchymosen. Akuter Milztumor; trübe Schwellung von Leber und Nieren, fettige Degeneration des Herzens, Schwellung der Lymphfollikel des Zungengrundes, des Pharynx und Ileums. Blut dünnflüssig und dunkelrot. Über die Resultate der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung wird nach Abschlufs derselben berichtet werden. — Im ganzen waren 10 Ortschaften ergriffen, deren Einwohner vorzugsweise Ackerbau treiben und in dürftigen Verhältnissen in sumpfiger Gegend leben. Vorwiegend war das weibliche Geschlecht und mittlere Lebensalter ergriffen. Betroffen waren 57 Personen, von denen 14 starben; Kontagiosität wahrscheinlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Verbreitung der Masern, von Reger. (*XI. Kongrefs f. innere Medizin.*) Auf Grund von während 15 Jahre am Kadettenhause zu Potsdam beobachteten Masernepidemien, deren Verlauf und Verbreitungswiese er graphisch dargestellt hat, kommt der Vortragende zu folgenden Schlüssen:

1. Die Schuppen sind nicht ansteckend.
2. Die Inkubation ist nicht ansteckend.
3. Die Ansteckungsfähigkeit ist gebunden an den Zeitraum, welcher mit den Prodromen beginnt und mit dem Verblassen des Exanthems endet. Die Höhe der Ansteckungsfähigkeit liegt auf der Höhe der Erkrankung.
4. Die Übertragung geschieht von Person zu Person direkt oder indirekt.
5. Eine Epidemie besteht aus einer Kette von Generationen.
6. Der Zeitpunkt der Übertragbarkeit ist auch der Zeitpunkt der Erkrankung des Individuums.
7. Die bisherigen prophylaktischen Mafsnahmen können ihren Zweck nicht erreichen, unnütz lange Sperrung der Schule und Desinfektion.
8. Ob wir je im stande sein werden; durch innere Mittel resp. lokale Desinfektion des Individuums während der Inkubationsperiode den Ausbruch bei einem Individuum zu verhindern, ist höchst zweifelhaft. Dafs wir durch genügend frühzeitige Quarantäne im Einzelfalle etwas erreichen können, ist sicher; bei einer bereits ausgebrochenen Epidemie nützt sie nichts. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Veränderungen der Haut bei Masern, von Catrin. (*Archiv. de médecine espér. et d'anat. patholog.* 1891. No. 2. *Centralbl. f. allg. Pathol. und patholog, Anat.* 1892. No. 10.) C. beschreibt als anatomischen Befund bei einem 3 Tage alten papulösen Masernexanthem trockene Phlyktänen, teils im Rete, teils zwischen ihm und dem Papillarkörper liegend, Kolloidkugeln, Leukocyten, Epithelien (zur Zeit nekrotisch) und Fibrinfäden enthaltend. Im Papillarkörper starke zellige Infiltration; ebenso in den seitlich sich anschliefsenden Epidermisteilen. Die Hornschicht war oft abgehoben; die gröfseren Schuppen bilden sich über den Phlyktänen, die kleinen über den phlyktänfreien Hautteilen. C. betrachtet als das Primäre die entzündliche Hyperämie, die Kolloidentartung und die Koagulationsnekrose als das Sekundäre. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufige Mitteilung über Blutbefunde bei Masern, von Doehle. (*Centralbl. f. allg. Path. u. patholog. Anat.* 1892. 4.) Verfasser fand im Blute von Masernkranken

vom 1.—7. Tage nach Ausbruch des Exanthems Gebilde, die er als die wahrscheinlichen Erreger der Masern bezeichnet. Dieselben sind zahlreich zu finden in der Blutflüssigkeit und in den Blutkörperchen, sie zeigen lebhafte Beweglichkeit, haben einen Durchmesser von ½—1 μ, einen hellen Hof und einen dunklen, zentralen Kern. Zuweilen sind sie etwas gröfser, oval und zeigen zwei dunkle Kerne. Die Bewegung wird durch Geifseln bewirkt, die nach Löfflerscher Methode darstellbar sind. Kontrolluntersuchungen mit anderem Blute ergab durchweg negatives Resultat. — Eine Bestätigung dieses Befundes bleibt abzuwarten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kann die Zeit der Abschuppung nach Scarlatina verkürzt werden? (*Editorial im New York Med. Journ.* 23. April 1892.) Es wird namentlich auf die Abhandlung von Jamieson (*Lancet.* 12. Dezember 1891) hingewiesen, in welcher der Wert des Resorcins in Verbindung mit Seife und Salicylsäure hervorgehoben wird. Nachdem der ganze Körper hiermit tüchtig abgewaschen worden ist, wird derselbe mit irgend einem indifferenten Öl eingerieben. *Philippi-Nieheim.*

Schneller Tod durch Scharlach im Verein mit akuten Gastrointestinalerscheinungen, von E. N. und W. S. Nason. (*Brit. med. Journ.* 30. April 1892.) Ein 7jähriger Knabe erkrankte plötzlich nachts mit intensiven Schmerzen im Leibe, Krämpfen, Erbrechen und Durchfall, schnellem Puls und Fieber. Tod im Laufe des nächsten Tages. Gleichzeitig entwickelte ein anderes Kind derselben Familie eine typische Scarlatina. Die Autopsie ergab die gewöhnlichen Erscheinungen einer akuten Infektionskrankheit.

Der zweite Fall betraf ein 5jähriges Mädchen in einer Familie, wo zwei ausgesprochene Scharlachfälle bereits in Behandlung waren. Der Verlauf war ähnlich wie bei dem ersten Fall. *Philippi-Nieheim.*

Das Vaccinieren, von J. V. Shoemaker. (*Med. News.* 14. Mai 1892.) Es werden einige mehr oder weniger bekannte Einzelheiten aus der Geschichte der Kuhpockenimpfung, statistische Angaben zum Beweise der Berechtigung derselben und einige technische Details übersichtlich besprochen. S. empfiehlt namentlich die Kälberlymphe aus der Anstalt des Sanitätsrats Pissin in Berlin. *Philippi-Nieheim.*

Über Impfzwang und die Schwierigkeit seiner Durchführung. (Académie de médecine de Paris. 13. Januar 1891. *Wien. klin. Woch.* 1891. No. 47.) Hervieux schildert die verheerende Wirkung der Blattern in den französischen Kolonien und den Widerstand des Volkes gegen die Impfung, meist aus Furcht vor dem Mifserfolge derselben, mindestens herrsche Indifferentismus. Léon de Fort ist Gegner der obligatorischen Impfung, da sie nicht ausreiche zur Erklärung der Abnahme der Blatterntodesfälle; er plädiert für fakultative Vaccination und Isolierung und Desinfektion der Variolösen. Andere (Proust, Dujardin-Beaumetz, Brouardel) sind für das obligatorische Verfahren. *F. Hahn-Bremen.*

Womit sollen wir impfen? von S. Wolfe. (*Med. Bullet.* Juli 1891.) Verfasser tritt für die Impfung mit humanisierter Lymphe ein, weil er mit der animalen in seiner Praxis haufig Mifserfolge gehabt hat. Namentlich scheint die auf Elfenbeinspitzen trocken aufbewahrte Lymphe unbefriedigende Resultate su ergeben. *Philippi-Nieheim.*

Beitrag zum Studium der Variola-Vaccine, von C. Haccius und A. Eternod. (*Rev. méd. de la Suisse romande.* 1892. No. 7.) In weiterer Ausführung einer früheren Mitteilung über diesen Gegenstand bringen die Verfasser heute einen ausführlichen Bericht über ihre Exprimente im Impfinstitute Lancy bei Genf. Derselbe bildet zu-

gleich eine Erwiderung auf eine Publikation von CHANVEAN in der *Rev. méd. de la Suisse romande*. 1891. No. 7 (s. Referat *Monatshefte* Bd. XIII. S. 216), worin er zum Teile zu anderen Resultaten kommt, als H. und E. Verfasser haben sowohl auf Tiere (25 Kälber), wie auf den Menschen Variola- und Vaccine-Eiter übertragen mittelst Einstichs, Inzision, Skarifikation und Einreibung in die ihrer Epidermis mittelst Reibens mit Glaspapier entblöfsten Haut. Was den auf den Menschen übertragenen Impfstoff anbelangt, so wurde hierzu selbstverständlich nicht Eiter verwendet, der direkt aus Variola-Pusteln stammte, sondern Variola-Vaccine, d. h. Variola-Eiter, der durch wiederholtes Übertragen auf Tiere in seiner Virulenz abgeschwächt worden war. Es handelte sich nämlich hauptsächlich darum, nachzuweisen, ob man mit Variola-Eiter einen unschädlichen und sicher wirkenden Impfstoff darstellen könne.

Aus den Resultaten ihrer Experimente geht nun hervor, dafs sich mit vom Menschen stammendem Variola-Virus nach der 2. oder 3. Übertragung auf das Tier eine Impfpustel gewinnen läfst, die, auf Mensch oder Tier inokuliert, sich ganz so verhält wie Kow-Pox und zwar sowohl in Bezug auf anatomische Beschaffenheit und klinischen Verlauf, als auf die Immunität, die sie dem geimpften Individuum beizubringen vermag. Die Wahl der Methode der Impfung ist jedoch zur Erhaltung eines brauchbaren Stoffes nicht gleichgültig, indem sich nur die Inokulationen durch Skarifikationen oder Entblöfsung der Haut (mit Glaspapier) als erfolgreich erwiesen haben.

Verfasser weisen hin auf die mit den ihrigen übereinstimmenden Berichte von CEELY, THIELE, REITER, VOIGT, FISCHER.

Fraglich bleibt vorläufig noch, wie sich die prophylaktische Kraft der Variola-Vaccine zu der des Kow-Pox verhalte und ob ersteren den Menschen sicherer gegen Variola-Ansteckung zu bewahren vermöge. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Erfolgreiche Umwandlung von Variola in Vaccine, von T. W. HINN. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1892.) Von einer 37jährigen Variolakranken entnahm H. am 5. Tage nach Entwickelung des Ausschlags unter allen Kautelen ein wenig Pustelinhalt und impfte denselben auf ein gesundes Kalb über. Entgegen der Behauptung der französischen Schule entwickelte sich daraus bei dem Tier keine Variola, sondern eine richtige Vaccinia. Weitere Impfversuche an Kälbern und Menschen erwiesen mit Sicherheit den vom Verfasser verteidigten Satz, dafs die Kuhpocken nichts anderes sind als eine durch die Übertragung auf Kälber eigentümlich modifizierte Variola.

Philippi-Nicheim.

Durch Auto-Inokulation über den ganzen Körper verbreitete Impfpusteln, von JEANSELME. (Referiert aus *Gazette hebdom. de Médecine et de Chirurgie* 1891. S. 540, in *Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 445.) Eine Frau, die an Mycosis fungoides und ausgebreitetem Ekzem litt, war regelrecht mit Lymphe geimpft worden. 11 Tage später bildeten sich zuerst in der Nachbarschaft der Impfpusteln, darauf an den Fingern und schliefslich am ganzen Körper lauter Pusteln, im ganzen 500. Verschont blieben nur der Rücken und diejenigen Teile, die verbunden waren. Von dem Inhalt der Pusteln wurde auf eine junge Kuh verimpft, von dieser wieder auf Kinder; überall entstanden regelrechte Impfpusteln. JEANSELME zeigt, dafs die Pusteln durch das Kratzen der Frau die grofse Verbreitung gefunden haben, und dafs die Stellen, an denen Patientin sich nicht kratzen konnte, der Rücken und die verbundenen Teile, verschont blieben. *Türkheim-Hamburg.*

Im *Journal des maladies cut. et syph.* 1892. S. 287, wird ein Verfahren angegeben, wie man die Haut, also namentlich das Gesicht, vor **Pockennarben** schützen kann. Zu diesem Zweck wird das Gesicht bei Beginn der Krankheit mit einer Borlint-Maske bedeckt, die durch eine schwache Borsäure-Lösung beständig feucht erhalten wird. Dar-

über kann man noch zwei weitere Schichten ebenfalls mit feuchtem Borlint legen. Das Ganze wird mit Wachstaft bedeckt. Nach Bedarf werden die Masken vorsichtig entfernt und durch neue ersetzt. Hauptsache ist, dafs sie immer feucht bleiben. — Das Verfahren stammt von Maurice Coste in Marseille. *Türkheim-Hamburg.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Kulturversuche mit Leprabazillen, mit positivem Resultate, von A. Ducrey. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*; fasc. I. 1892.) In Anbetracht der sich vielfach widersprechenden Mitteilungen verschiedener Forscher (Hansen, Gianturko, Uffreduzzi, Campana etc.) über angeblich positive Resultate bei Leprakulturen hat D. diese Versuche fortgesetzt. Es standen ihm 8 Patienten zur Verfügung mit tuberöser und makulöser Lepra anästhetica. Von den Knoten wurden kleinste Gewebspartikelchen, aus den Flecken Blutstropfen, beides unter Anwendung strengster aseptischer Kautelen, auf verschiedene Nährböden übertragen. Als solche kamen zur Verwendung: Agar-Agar, peptonisierte Gelatine, Glyzerin-Agar (5—10 %), Ochsenblutserum, solidifizierte Hydrocele-Flüssigkeit und Traubenzucker-Agar nach dem Vorschlage von Campana (1 % Agar, 3% Traubenzucker) mit Ochsenfleisch und Wasser zubereitet nebst 2½ ‰ Pepton und 5 ‰ Kochsalz. Gleichzeitig wurden Gewebsstücke und Blut auf ihren Bazillengehalt mikroskopisch untersucht: in ersteren fanden sich durchwegs sehr zahlreiche Bazillen, im Blute, mit Sicherheit, nur bei einem Patienten. Am Kadaver wurde das Untersuchungsmaterial dem Knochenmarke entnommen. Das so gewonnene lepröse Material wurde auf den Nährboden mittelst Einstichs übertragen, der gröfste Teil der Reagensgläser sofort verlötet, alle einer Temperatur von 37° C. (Optimum) ausgesetzt. Das Ergebnis war folgendes: Sämtliche Kulturgläser blieben steril. Einzig die Stichkulturen auf Traubenzucker-Agar mit Gewebsteilen aus einem Knoten vom Kinn eines Patienten ergaben Kolonieen, die sich identisch erwiesen mit den von Campana gewonnenen. Zirka 7 Tage nämlich nach Übertragung auf den genannten Nährboden zeigte sich längs der Stichlinie die Entwickelung eines feinen Flors resp. einer Kette feinster Punkte, die jedoch nicht bis an die Oberfläche des Nährbodens reichten, sondern 2—3 und mehr Centimeter unterhalb derselben aufhörten. Nach 15—20 Tagen, dem Zeitpunkte höchster Entwickelung, präsentierte sich die Kolonie als ein feingespitztes Bändchen von zirka 3—4 mm Breite mit zentraler Raphe, von der aus nach links und rechts die genannten aneinandergereihten, abgerundeten Spitzchen ausgingen. Im Profil gesehen, erwies sich das Bändchen als leicht gewellt; niemals reichte es bis an die Oberfläche des Nährbodens. Die Spitzchenform des Bändchens war gewöhnlich auf der einen Seite des zentralen Schaftes stärker ausgesprochen als auf der anderen, fehlte auch in seltenen Fällen gänzlich und war ersetzt durch eine Aneinanderreihung von Pünktchen. Die Inkubationszeit betrug nicht unter 5—7 Tage. Wurde dem Nährboden kein Traubenzucker zugefügt oder die Kultur dem Luftzutritt ausgesetzt, so konnte niemals ein Wachstum beobachtet werden. Der Traubenzucker entzieht nämlich als reduzierendes Agens dem Nährboden den Sauerstoff. Der so kultivierte Pilz kennzeichnet sich demnach als ein Anaërobion.

Im hängenden Tropfen untersucht, zeigt der meist gruppierte Bazillus keine Eigen-, wohl aber ausgesprochene Brownsche Bewegung. Er läfst sich färben mit Fuchsin, Gentiana- und Methylviolett, Methylblau, nach Gram und Koch-Ehrlich,

nicht aber nach ZIEHL-NEELSEN, GABBET und BAUMGARTEN und zeigt die bekannte morphologische Beschaffenheit.

Alle Versuche, von den Kulturen auf Tiere überzuimpfen, fielen negativ aus.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zwei Worte über die Lepra. Ist sie erblich oder ansteckend? Von F. BURET. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 231.) Anlaſs zu dieser kurzen Skizze gab BURET die Beschäftigung mit einer gröſseren Arbeit, die er demnächst zu veröffentlichen gedenkt: Die „Groſse Krankheit" des Mittelalters und die jetzige Syphilis. Die mittelalterliche Lehre von der Ansteckungsgefahr der Lepra erklärt er sich aus der Thatsache, daſs man in früheren Zeiten zwischen dieser und der Syphilis nicht zu unterscheiden vermochte. Er selbst glaubt nicht an ihre Kontagiosität, d. h. er miſst ihr für die Weiterverbreitung der Krankheit keine Bedeutung bei, wenngleich er die Möglichkeit zuläſst, daſs sie in seltenen, vielleicht in ausnahmsweisen Fällen von Körper zu Körper übertragen sei. Er stellt sie in eine Linie mit der Tuberkulose, die sich auch wohl gelegentlich einmal durch Ansteckung weiter verbreiten mag, deren Ursprung durch Vererbung aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nachweisbar sei. — Mit Geschick weiſs BURET die bekannten Thatsachen und die jüngsten Veröffentlichungen über die Lepra, z. B. diejenigen von LEGRAND und ZAMBACO, in seinem Sinne zu deuten und die Kontagionisten zu bekämpfen. Wiederholt weist er auch auf die vielfachen erfolglosen Impfversuche mit dem Bacillus HANSEN hin und erzählt unter anderem auch nach ZAMBACO die Geschichte eines Leprösen, der kein Mittel, auch die widerlichsten nicht, unversucht lieſs, um die Krankheit auf seine hübsche, gesunde Frau zu übertragen — aus Eifersucht, sie sollte ihn nicht überleben. Die Frau ist aber gesund geblieben.

Auf tausend Leprafälle, meint B. zum Schluſs, kommt vielleicht noch nicht eine einzige Ansteckung. Beweisen freilich könnte er es nicht. *Türkheim-Hamburg.*

Lepra und Syringomyelie, von MARESTANG. (Referiert aus *Revue de médecine.* 1891. S. 781, in *Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 407.) Verf. teilt acht noch unveröffentlichte Fälle von Lepra mit, die mehr oder minder Ähnlichkeit mit der Syringomyelie aufwiesen und zeigt, daſs einzelne, von anderen als Syringomyelie bezeichnete, Fälle viel eher zur Lepra gehörten. — Im einzelnen Fall spräche für Syringomyelie: Die Unversehrtheit der oberflächlichen Gesichtsmuskeln, das Fehlen der Hautflecken, das Verschontbleiben der Haare, die Verkrümmungen der Wirbelsäule. — Für die anästhetische Form der Lepra: Der Verlust des Tastgefühls, die Atrophie und Parese der oberflächlichen Gesichtsmuskeln, die Verdickung der Nerven mit Knotenbildung, das Vorhandensein von Flecken auf der Haut, die Resorption von Phalangen, die Veränderungen an den Nägeln, das teilweise oder gänzliche Ausfallen der Haare, die Anwesenheit des Bacillus HANSEN in dem ulzerierten Gewebe. *Türkheim-Hamburg.*

b. *Tuberkulose.*

Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung des Lupus, von W. T. CORLETT. (*Med. News.* 18. Juni 1892.) Verfasser bespricht nicht nur L. vulgaris und verrucosus, sondern auch L. erythematodes, welche er, entgegen der Auffassung der meisten neueren Dermatologen, alle in einer Gruppe zusammenfaſst. Differentialdiagnostisch erwähnt er bei letzterem Rosacea, Tinea circinata, Ekzem, Psoriasis und Syphilis; beim Lupus vulgaris nennt er ebenfalls Syphilis und auch Ulcus rodens oder (als synonym gebraucht) Epithelioma. Die Therapie umfaſst bei L. erythematodes Regelung der Diät (namentlich viel Kohlenhydrate, Butter, Leberthran), Jod, Kreosot, Phosphor, ferner lokale Applikationen von grüner Seife mit nachfolgender

Schwefellösung in Glyzerin und Alkohol, sowie Ichthyol, Quecksilberpräzipitat und eventuell Skarifikationen des Gebiets mit nachfolgender Applikation von Empl. Vigo c. mercur. Bei L. vulgaris verwendet Verfasser wie andere die Auskratzungen mit dem scharfen Löffel und Verbände mit Pyrogallussäure. *Philippi-Nieheim.*

Arnozan teilt im *Archiv d'Ophthalmologie* (1891. S. 496) 3 Fälle von **Wangen-Lupus** mit, die bei schon bestehendem Lupus der Nasen-, beziehungsweise der Gaumenschleimhaut infolge von Tränenfistel zu stande kamen. Nach A. ist in solchen Fällen auch die Dacryocystitis tuberkulöser Natur. Tuberkelbazillen konnte er freilich in keinem der drei Fälle nachweisen. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892, S. 126.) *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der scrophulo-tuberkulösen Drüsen mittelst interstitieller Naphtol-Camphor-Einspritzungen, von J. Reboul. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 336.) Verfasser nimmt auf eine Abhandlung Bezug, die er 1891 im Marseille médical veröffentlicht hatte, und spricht hier weniger über die Technik als über die Erfolge seines Verfahrens. Mit letzteren kann er völlig zufrieden sein, da sich unter 47 derartig behandelten Fällen 19 Besserungen und 28 Heilungen verzeichnet finden. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen einem Monat und anderthalb Jahren. Eingespritzt wurden im Durchschnitt alle 8 Tage 4—5 Tropfen. Unangenehme Nebenerscheinungen hat R. so gut wie nie beobachtet. Fremde Mifserfolge ist er geneigt auf einen schlecht zubereiteten Naphtol-Camphor zurückzuführen. Dieser wird aus 10,0 reinem Naphtol β und 20,0 fein gepulvertem Kampfer bereitet. Selbige werden langsam, bis zur völligen Vermischung, erwärmt, unter Luftabschlufs filtriert und in luftdicht schliefsenden Fläschchen aus braunem Glas aufbewahrt. Der fertige Naphtol-Camphor ist eine ölige, farblose Flüssigkeit, die aber unter der Einwirkung des Lichts schnell mahagonifarben wird. *Türkheim-Hamburg.*

Gegen **Skrophulose**:

Kalii jod.		
Extr. cort. Chin.	āā	4,0
Infus. Viol. arvens.		60,0
Syr. antiscorbut.		40,0

MDS. Bei Kindern kaffeelöffelweise alle 4—5 Tage.
(*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 220.) *Türkheim-Hamburg.*

c. *Syphilis.*

Wie erkennt man schnell die syphilitische Natur einer Neubildung? Von Jullien. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph,* 1892. S. 305.)

Eine solche schnelle Diagnose kann da wünschenswert sein, wo es sich um operative Eingriffe handelt. In solchen Fällen empfiehlt Jullien Einspritzungen mit Kalomelöl. Hat der Tumor sich nach acht Tagen nicht verkleinert, so sei Syphilis auszuschliefsen und eine Operation angezeigt. Gefahrlos kann man dies Vorgehen aber keineswegs nennen, wenn, wie aus dem Referat hervorzugehen scheint, etwa 8 Tage lang täglich 0,1 Kalomel eingespritzt werden soll. *Türkheim-Hamburg.*

Beitrag zum Studium des makulösen Syphilids, von Rey und Chalançon. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 253).

Die Verfasser untersuchen namentlich die Frage, ob das makulöse Syphilid auch bei den Eingeborenen Nordafrikas zur Beobachtung komme, und ob sein Auftreten daselbst ein anderes sei als in Europa. Sie verfügen im ganzen über 28 Fälle, sämtlich Prostituierte, aus dem Dispensaire municipal. Darunter waren 16 Ein-

geborene, 5 Französinnen und 7 Spanierinnen. Bei den letzteren fand sich das makulöse Syphilid verhältnismäfsig am häufigsten, während es in Frankreich am spärlichsten vorkommt. Skrophulöse scheint es mit Vorliebe zu befallen. Zum Schlufs bemängeln die Verfasser die Bezeichnung: makulöses Syphilid, da die sogenannten Flecke nichts weiter als eine optische Täuschung seien; sie erscheinen farblos, weil sie die Maschen eines stark pigmentierten Netzwerkes bildeten. Verfasser schlagen den Namen „Syphilide pigmentaire réticulée“ vor. *Türkheim-Hamburg.*

Wie und wann ist Syphilis zu behandeln? Inaug.-Dissert. von Kuznitzky, Strafsburg. 1892. Verfasser kommt auf Grund der an Wolffs Klinik gemachten Erfahrungen zu folgenden Schlüssen, die wohl von der gröfseren Menge der Syphilidologen heute geteilt werden:

1. Es giebt eine Abortivheilung der Syphilis, die Excision des Schankers ist daher immer zu versuchen.

2. In der Behandlung der Syphilis ist das Quecksilber unersetzlich; hierbei wird „Hermann“ gebührend abgefertigt.

3. Man soll im allgemeinen erst mit der antisyphilitischen Kur beginnen, nachdem die Secundaria deutlich aufgetreten ist.

4. Die Art und Weise der Anwendung des Quecksilbers ist dem einzelnen Falle anzupassen; Wolff bevorzugt das Succinimid-Hg, täglich 1 Centigramm subkutan. (Die Injektionen unlöslicher Salze kommen schlecht weg, Verfasser betont etwas ungerechtfertigterweise die von Dr. Levy behauptete ungleichmäfsige Verteilung der Hg-Präparate in der Suspensionsflüssigkeit. Ref.)

5. Die Behandlung soll im allgemeinen die chronisch-intermittierende sein.

F. Hahn-Bremen.

Über die Ursachen der Schwere der Syphilis, von Gémy. (Referiert aus *Bull. méd.* No. 79, S. 907, in *Ann. de Derm. et de Syphil.* 1892. S. 341). Nach Gémy ist der Verlauf der Syphilis nicht von der Natur des infizierten Individuums, sondern des Virus abhängig. Zum Beleg erzählt er die Geschichte zweier Malaria-Kranker, die ihre Syphilis von derselben Person hatten. Der eine, der nur geringe Malaria-Symptome aufwies, ist gestorben. Der andere, der an einer sehr schweren Kachexie litt, hat nur sein Augenlicht eingebüfst. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Syphilis mit Quecksilber-Einspritzungen, von Brousse. (Referiert aus *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier in Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 678). Verfasser empfiehlt für Fälle, wo es sich um schnelle Wirkungen handelt, und, wenn man sonst gesunde, kräftige Menschen vor sich hat, folgende Lösung:

Hydrarg. viv. purif.	20,0
Lanolin.	5,0
Vaselin.	35.0

Davon alle 10—14 Tage $^1/_{10}$ Pravaz-Spritze voll, (= 0,05 Hydrarg. viv.) Die löslichen Hg-Einspritzungen soll man nur bei kachektischen Individuen und bei solchen anwenden, deren Zähne in schlechter Verfassung sind.

Türkheim-Hamburg.

Gumma am Orificium externum urethrae, von Pauly. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 343). Da man an der Harnröhrenöffnung eine Verhärtung fühlte und gleichzeitig beiderseits die Leistendrüsen geschwollen waren, so konnte man an ein primäres Geschwür denken. Indessen hatte der Mann sich seinen Schanker schon vor 20 Jahren geholt und hatte schon vor Jahresfrist dieselben Symptome gezeigt, die damals nach Jodkalium zurückgingen. *Türkheim-Hamburg.*

In einem Fall von hartnäckiger **Syphilis**, in dem Quecksilber und Jodkalium wirkungslos blieben, hatte ein englischer Arzt, H. SMITH, schöne Erfolge **mit Arsenik**. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S 156). *Türkheim-Hamburg.*

Einspritzungen von Sublimat in die Conjunctiva in einem Fall von Irido-Chorioiditis syphilitica, von J. LAGRANGE. (Referiert aus *Recueil d'Ophthalmologie* 1892. S. 17, in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 256). Es wurden von einer Sublimat-Lösung (1,0:1000,0) zuerst vier Tropfen und acht Tage später acht Tropfen in die Conjunctiva eingespritzt. Danach wesentliche Besserung, die sich aber nach einer weiteren Einspritzung von zwölf Tropfen nicht noch steigerte.

Türkheim-Hamburg.

Multiple harte Schanker, von MAURIAC. (Aus *Journ. de Médecine et de Chirurgie pratique.* 1891, S. 158, referiert in *Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 337.)

MAURIAC berichtet über einen Mann, der gleichzeitig sieben harte Schanker hatte. Die Geschwüre entstehen und verlaufen in derartigen Fällen fast immer gleichzeitig. Jedoch hat M. einen Fall beobachtet, bei dem zwischen der Entwickelung zweier Schanker sieben Tage lagen. Nur darf man nicht jede pseudo-schankröse Neubildung, die neben einem harten Schanker entsteht, gleich für einen solchen ansprechen. Derartige Neubildungen entwickeln sich meist infolge einer hyperplastischen Irradiation des primären Geschwürs in das umliegende Zellgewebe oder in einen umschriebenen Punkt des oberflächlichen Lympfgefäſsnetzes. Sie haben mit Schankern, Tuberkeln und Gummen in Aussehen und Verlauf groſse Ähnlichkeit und geben häufig zur Annahme einer Reinfektion Anlaſs. *Türkheim-Hamburg.*

Über syphilitische Mundaffektionen und die Übertragung der Syphilis durch Operationen im Munde und an den Zähnen, von Zahnarzt PAUL RITTER in Berlin. (*Deutsch. Monatsschr. f. Zahnheilk.* X. Jahrg. Februarheft.) Bei den vielfachen Äuſserungen der Syphilis in allen Stadien an der Mundschleimhaut einerseits, bei dem häufigen Auftreten krankhafter Erscheinungen nach der zur Heilung der Syphilis erfolgten Anwendung des Quecksilbers andererseits, ist die Kenntnis der in Rede stehenden pathologischen Veränderungen im Munde für die Zahnärzte grade sehr wichtig, zumal die Gefahr der Übertragung der Syphilis durch zahnärztliche Instrumente keine geringe ist. Verfasser hat sich deshalb ein groſses Verdienst erworben, indem er auf Grund guter Beobachtungen und groſser Erfahrungen die Syphilis, soweit sie für Zahnärzte von Bedeutung ist, eingehend bespricht. Bemerkenswert ist, daſs er die Wichtigkeit einer normalen Beschaffenheit der Zähne als prophylaktische Maſsnahme gegen die Stomatitis mercurialis eingehend betont und auch klar auseinandersetzt, wie kariöse Zähne, scharfe Zahnkanten etc. die Disposition zu Eruptionen im Munde im sekundären Stadium, aber auch im tertiären abgeben. Die Reizung der Schleimhaut durch Zersetzungsprozesse im Munde oder mechanische Momente bewirkt, daſs an der gereizten Stelle pathologische Veränderungen syphilitischer Natur (Papeln oder auch Gummata) auftreten. Bezüglich des weiteren auf das Original verweisend, möchte ich hier nur noch erwähnen, daſs Verfasser die HUTCHINSONschen Zähne auch nicht als für Syphilis charakteristisch betrachtet; verschiedene Diathesen können Erosionen an den Zähnen bewirken: Skrophulose, Rhachitis und auch Syphilis. Unter 100 Pflegekindern eines Waisenhauses hatten 30 „atrophische Zähne“. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. | No. 7. | 1. Oktober 1892.

Klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis.[1]

Von

Dr. med. LUDW. NIELSEN,
Sekundärarzt am „Vestre-Hospital" zu Kopenhagen.

I. Die klinischen Verhältnisse der Psoriasis.

Die einzelne Efflorescenz. — Bei einem beginnenden Psoriasisfleck haben wir als erstes klinisches Phänomen die Hyperämie, die Schuppenproduktion dagegen als das später Hinzukommende gefunden. Außer den recht häufigen bräunlichen Pigmentierungen, besonders nach Arsenikbehandlung,[2] hat die Efflorescenz einige Male, nach Behandlung sowohl mit Arsenik als mit Jodkalium (in großen Gaben), ein Leukoderma zurückgelassen, immer nur in kleineren Flecken, bisweilen aber in großer Menge, das sich bei einzelnen Patienten mehrere (bis wenigstens 6) Monate unverändert hielt.

Lokalisation. — Die Verteilung der Efflorescenz war in 862 Fällen:

gleichzeitig auf Truncus, Extremitäten und Kopf	489	mal
„ „ Truncus und Extremitäten	197	„
allein auf Extremitäten	113	„
gleichzeitig auf Extremitäten und Kopf	53	„
allein auf Kopf	5	„
gleichzeitig auf Truncus und Kopf	4	„
(allein auf Truncus	1	„)

[1] Gegenwärtige kursorische Mitteilung ist ein zusammengedrängter Auszug einer größeren Abhandlung: *„Bidrag til Kundskaben om Psoriasis."* Kopenhagen. 1892. 204 pgg. nebst 57 Krankengeschichten und Litteraturverzeichnis — welche ich während einer früheren 3jährigen Wirksamkeit als Sekundärarzt an der Abteilung des Kommunehospitals für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Prof. HASLUND) ausgearbeitet habe auf Basis der 927 Fälle von Psoriasis (bei 616 verschiedenen Individuen), welche in circa 25 Jahren daselbst vorgekommen sind, weiter 43 privat behandelte Patienten (von der Klientel des Prof. BERGH). Die Ausarbeitung ist mit stetiger Rücksicht auf die vorliegende, ziemlich große Litteratur vorgenommen.

[2] Bei einem Individuum mit Morbus Addisonii restierten nach spontanem Schwunde der Psoriasis tief dunkelbraune Pigmentierungen.

Truncus als einzige Lokalisation ist also sehr selten, was differentialdiagnostisch der Syphilis gegenüber in Betracht kommen kann; der hier angeführte einzige Fall ist vielleicht Eczema seborrhoicum gewesen. Einzelne Fälle mit Lokalisation allein auf Truncus sind u. a. von McCall Anderson erwähnt.

Volae und (oder) Plantae waren in 7% (65 mal) von allen (927) Fällen, und in 8,9% (55 Individuen) von den (616) verschiedenen Individuen angegriffen; aber in 78 Fällen (bei 66 verschiedenen Individuen), wo wir auch die geringste Psoriasisefflorescenz hier selbst notiert haben, fand sich diese Lokalisation noch häufiger, nämlich 15 mal (bei 13 verschiedenen Individuen) oder in 19,2% der Fälle und in 19,7% der verschiedenen Individuen, das heifst viel häufiger als gewöhnlich angegeben wird; eine Verwechselung mit Syphilis ist selbstverständlich ausgeschlossen. Mit alleiniger Lokalisation in Volae und Plantae fand sich nur ein Fall, wo die Diagnose sicher schien. Aus der Litteratur kennt man ein paar Fälle (bei Ancel und Neumann), wo auf die Efflorescenzen, welche einige Jahre an diesen Stellen allein lokalisiert waren. Psoriasisausbrüche an den gewöhnlichen Stellen folgten.

Am häufigsten waren Volae und Plantae angegriffen, wenn die Efflorescenz auf der übrigen Haut sehr verbreitet oder von inveteratem Charakter war, bisweilen aber auch bei leichteren Ausbrüchen, und einzelne Male bei sehr akuten und frischen Fällen, sogar beim ersten Ausbruche; bei ein paar Patienten war diese Lokalität beinahe in jedem Ausbruche ergriffen. Die Männer hatten ein auffallendes Übergewicht (54 Ausbrüche bei Männern, 11 bei Weibern), welches von dem häufigeren mechanischen Insult herrühren mag; so war auch bei einem Patienten, der immer seinen Stock in der linken Hand trug, die linke Vola viel mehr als die rechte ergriffen. 31 mal waren Volae und Plantae gleichzeitig angegriffen; 24 mal allein Volae, 10 mal allein Plantae; am häufigsten waren beide Volae oder beide Plantae gleichzeitig ergriffen. Die Diagnose ist nicht immer so schwierig wie gewöhnlich angegeben; namentlich Syphilis gegenüber muſs u. a. besonders die zentral beginnende Abschuppungsweise hervorgehoben werden, die reichliche Schuppenformation und die sehr unbedeutende Infiltration. Der Verlauf ist wie bei Psoriasis auf anderen Stellen der Haut.

Nagelaffektion kam unter 78 Ausbrüchen von Psoriasis (bei 66 verschiedenen Individuen) 8 mal (bei 7 verschiedenen Individuen) vor, oder in 10,2% dieser Fälle und in 10,6% der verschiedenen Individuen; am häufigsten wurde diese Lokalisation bei Patienten mit sehr verbreiteter und oft alter (inveterierter) Psoriasis gefunden, und in den meisten Fällen war gleichzeitig Efflorescenz an Händen und Füſsen, oft, aber nicht immer, am Nagelfalz, oft auch in Volae und Plantae. Am häufigsten waren Männer

ergriffen. Nagelpsoriasis hat nichts an und für sich absolut charakteristisches; es giebt somit keinen wohlkonstatierten Fall von Psoriasis ungualis als einzige Lokalisation, da kein solcher bekannt ist, wo später Psoriasisefflorescenz an den gewöhnlichen Stellen hervorkam (vgl. Psoriasis volae et plantae). Am häufigsten und relativ am eigentümlichsten ist der punktierte Zustand (état pointillé) der Nägel — (wird jedoch auch bei Ekzem und Syphilis gefunden), — der namentlich an den Fingernägeln vorkommt und von einem Leiden der Matrix unguis herzurühren scheint; aber ein Leiden des Nagelbettes mit Schuppenanhäufung unter dem Nagel, von vorn nach hinten vorschreitend, ist auch nicht ungewöhnlich, allein oder mit der erstgenannten Form kombiniert, sowie die Nägel auch verschiedene andere dystrophische Veränderungen erleiden können mit Aufblätterung u. s. w., Atrophie oder vollständiger Abstoſsung mit späterer Regeneration. Nagelpsoriasis ist nicht so schwierig durch die Behandlung zu beeinflussen und folgt in ihrem Verlauf der Psoriasis an den übrigen Teilen des Körpers.

An der Glans penis und an der inneren Seite des Präputiums kommt nicht so ganz selten eine eigentümliche Balanoposthitis psoriatica mit roten, wie trocken gefirniſsten, scharf abgegrenzten Flecken, beinahe ohne Schuppen, vor; ein einziges Mal (bei einem Kinde) fing Psoriasis zuerst an den Genitalien an.

Unter 270 Fällen von Psoriasis der Kopfhaut (und gewöhnlich auch anderer Stellen) waren:

Gesicht und Kopfschwarte ...	127	mal angegriffen
Kopfschwarte allein	104	„ „
Gesicht allein	39	„ „

Ein besonders reichlicher Haarwuchs bei Psoriatikern, wie bisweilen angegeben, wurde nicht konstatiert.

Auf Schleimhäuten wurde Psoriasis nie nachgewiesen.

Ursachen der Lokalisation. — Der einzige objektive Anhalt der in der Regel ziemlich symmetrischen Verteilung der Efflorescenz, sowie im ganzen der gewöhnlichen Lokalisation derselben ist die, oft symmetrische, Einwirkung verschiedener, besonders mechanischer Irritamente, wie Druck und Reiben der Kleider, Irritation durch die Beschäftigung und Gewohnheiten des Patienten, Kratzen wegen Juckens[3] — man vergleiche hiermit die Ursachen der Symmetrie bei Scabies, Derma-

[3] Dieses Verhältnis ist oft genug hervorgehoben worden und bietet sich von selbst dar bei einer genaueren Untersuchung der Verhältnisse auf den Prädilektionsstellen (Ellenbogen, Tuberositas tibiae, Vorderfläche der Crura, Kopfschwarte, Regio sacralis). Mehrere unserer Patienten boten weitere Beispiele dieses Verhältnisses dar; so hatte ein Patient mit Kyphoskoliose besonders starke Efflorescenzen über dieser; bei einem Patienten war Psoriasis auf dem Rücken wesentlich nur in der Regio sacralis und über

tomykosen u. a. m.; die Annahme dagegen, dafs die Symmetrie ein Ausdruck eines Nerveneinflusses sein solle, beruht jedenfalls nur auf rein theoretischem Grunde.

Die erste Anfangs- und Entwickelungsweise der Psoriasis. — Die Anfangslokalitäten (des ersten Ausbruches) sind am häufigsten die Extremitäten, nämlich 130 mal von 182 Fällen, und dann besonders Ellenbogen, Knie und Crura, was 87 mal (von den 130) speziell angegeben ist, dann die Kopfhaut, nämlich 18 mal (von den 182 Fällen).

Nach der übrigens ganz atypischen Entwickelungsweise der Psoriasis können allerdings verschiedene Gruppen aufgestellt werden, aber freilich mit allen Übergängen. Unter 181 Fällen (erster Ausbruch) fing die Krankheit 70 mal (38,6%) mit wenigen isolierten Flecken an, die sich unverändert oder wesentlich unverändert wenigstens 6 Monate (und oft mehrere Jahre) hielten, ehe eine weitere Verbreitung stattfand; 18 von diesen Patienten hatten nie eine gröfsere Verbreitung ihrer oft vieljährigen Psoriasis gehabt, und vielleicht ist es nicht so ganz selten, dafs die Krankheit sich fortwährend auf eine solche geringe Verbreitung beschränkt. Die Lokalisation dieser permanenten Flecken war am häufigsten auf den Extremitäten, besonders Ellenbogen und (oder) Knie, nämlich 45 mal, mehrmals nur auf der einen Seite des Körpers, dann die Kopfhaut (13 mal), nur 1 mal das Gesicht. Eine vom Anfang an mehr successive oder ganz akute Entwickelung wurde in 111 Fällen (61,3 %) gefunden; in 36 von diesen hatte sich eine reichlich verbreitete Efflorescenz in 5 Tagen bis zu 4 Wochen entwickelt.

Die einzelne Exacerbation (oder der isolierte Ausbruch) und das gegenseitige Verhältnis der Exacerbationen (oder der einzelnen Ausbrüche). — Obgleich die Exacerbation bei Psoriasis nicht an und für sich nach einer bestimmten Verbreitung zielt, um damit abzuschliefsen, und obgleich auch die Remission sehr unvollständig sein mag oder eben zum Teil gleichzeitig mit einer Exacerbation stattfinden kann, können doch im ganzen ziemlich bestimmt unterschiedene Exacerbationen oder isolierte Ausbrüche aufgestellt werden.

Die Anfangslokalisation späterer Ausbrüche schien im ganzen dieselbe wie die der ersten Ausbrüche zu sein; von 65 Fällen, wo keine Efflorescenz von früheren Ausbrüchen zurückgeblieben war, wurden 47 mal

---

den Knochenprominenzen beider Reg. scapulares lokalisiert; bei einem Patienten war nur das eine Knie, auf dem er gewohnheitsmäfsig bei seiner Arbeit ruhte, angegriffen; bei einem Patienten nur die Regio trochanterica der linken Seite, auf welcher er immer bei Nacht ruhte; bei einem Patienten war die linke Vola, in der er immer den Stock trug, viel stärker angegriffen als die rechte etc. Öfter findet sich Psoriasis bei Weibern besonders an der Schnürfurche um den Leib lokalisiert, und nicht selten sieht man gekratzte Streifen in Psoriasis verwandelt.

die Extremitäten zuerst angegriffen (Ellenbogen und Knie 18 mal speziell angegeben), 5 mal die Kopfhaut, 5 mal Truncus und 8 mal gleichzeitig verschiedene Stellen. Wegen des Einflusses der Prädilektionsstellen auf die Lokalisation kann sowohl die Anfangslokalisation als die Reihenfolge der weiteren Verbreitung der Efflorescenz in vielen Fällen beinahe dieselbe in verschiedenen Ausbrüchen bei demselben Individuum werden.

Auch die Entwickelungsweise war im ganzen wie beim ersten Ausbruch, in nicht wenigen Fällen war sie akut; sie wurde bei den verschiedenen Ausbrüchen desselben Individuums ganz ohne Regel gefunden.

Die Lokalisation des entwickelten Ausbruchs war bei demselben Patienten öfters teilweise dieselbe in den verschiedenen Exacerbationen; aufser den Prädilektionsstellen mag das Handwerk des Patienten, seine Gewohnheiten etc. dafür bestimmend sein, sowie auch Pigmentierungen nach früheren Ausbrüchen mehrmals der Sitz neuer Efflorescenz wurden. Aber auch von diesen Momenten abgesehen, und ohne andere nachweisbare Ursache lokalisierte sich die Psoriasis mehrmals an derselben, bisweilen mehr ungewöhnlichen Hautstelle (wie: Gesicht, Genitalia, Volae) in verschiedenen Ausbrüchen bei demselben Individuum, der Stärke des Ausbruchs ungeachtet und eben nach längeren Pausen. Umgekehrt vermied sie regelmäfsig bei einigen Individuen, selbst bei stärkeren und häufigeren Ausbrüchen, längere Zeit sonst mehr gewöhnlich angegriffene Stellen (z. B. Kopfhaut, Rücken, bei zwei Patienten auch Ellenbogen und Knie).

Die Verbreitung der Efflorescenz in den verschiedenen Ausbrüchen bei demselben Individuum scheint regellos. Ein wirklich universelles Leiden der Haut ohne gesunde Partien bei Psoriasispatienten hat man nur in den als Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra, Herpétide exfoliative etc.[4] bezeichneten Zuständen gefunden, und diese weichen klinisch so viel von der Psoriasis ab, dafs sie gewifs als eine Dermatitis — oft von verschiedener Pathogenese —, welche Psoriasis kompliziert und in welche dieselbe aufgeht, aufgefafst werden müssen. Solche Fälle, die bisweilen nach irritierender Behandlung auftreten können, sind auch verhältnismäfsig oft (nach Vergleichung der Litteratur mit eignen Fällen) bei Individuen mit chronischem Alkoholismus und chronischen rheumatischen Gelenkaffektionen gesehen, so dafs diese Leiden, wenigstens in gewissen Fällen, eine Bedeutung für die Entwickelung

[4] Ein scharfer Unterschied zwischen Psoriasis aigu oder Psoriasis scarlatiniformis und Herpétide exfoliative bei Psoriasispatienten, wie ihn französische Verfasser (besonders Brocq) aufstellen, läfst sich der Übergangsformen wegen kaum ganz durchführen.

solcher Ausbrüche haben mögen. Diese Fälle sind allerdings ziemlich selten, sind aber geneigt zu recidivieren.

Ein völlig oder fast völlig — nur mit gesunden Hautinseln in Volae, Plantae und Gesicht — universelles Exanthem mit Charakter der Dermatitis exfoliativa kam ein- oder mehrmals bei 5 unter 520 verschiedenen Individuen (779 Fälle) mit Psoriasis als Hauptkrankheit vor; in einigen (6) anderen Fällen war das Exanthem weniger verbreitet, aber von demselben Charakter. Wie im ganzen Männer am häufigsten von einer solchen Dermatitis angegriffen zu werden scheinen, waren die 5 Patienten alle Männer (29—44 Jahre, einer 66 Jahre); unter den 6 Individuen mit geringerer Verbreitung des Exanthems waren nur die zwei Weiber (33 und 37 Jahre). Am wenigsten 4 von diesen (11) Patienten waren starke Alkoholiker, die alle früher oder später Delirium tremens bekamen; einer von ihnen hatte zugleich häufig recidivierende chronische Gelenkleiden mit Morbus cordis (siehe später).

Das Exanthem entwickelte sich bald im früheren, bald im späteren Verlauf der Psoriasis, ohne nachweisbaren Grund und, wie es scheint, ziemlich akut; der allgemeine Zustand war im ganzen gut; keine Temperatursteigerung wurde konstatiert. Die Efflorescenz schwand ziemlich schnell (von 24 Tagen bis 2 Monaten) durch Behandlung und hatte vor derselben höchstens 3 Monate (bei einem Patienten) gedauert. Einigemal entstand während der Involution des universellen Ausbruchs eine gewöhnliche, fleckenförmige Psoriasis. Ein Patient schien 2 universelle Ausbrüche vorher gehabt zu haben, ein anderer (starker Alkoholiker mit chronischem Gelenkrheumatismus) hatte mehrmals schwere Ausbrüche von Psoriasis, zum Teil mit Charakter der Dermatitis exfoliativa, und endlich hatte ein Potator extremus 7 mal solche universellen Ausbrüche.

Das Aussehen und der spezielle Charakter der Exacerbation wird nicht selten durch Einwirkung lokaler Irritamente modifiziert (z. B. durch irritierende Behandlung), ebenso bei Kombination mit anderen Hautleiden oder generellen krankhaften Zuständen (z. B. bei einem Patienten mit Scorbut, auch bei Syphilis etc.). Bei einzelnen Ausbrüchen sind Infiltration, Röte und Schuppenproduktion auffallend gering gewesen (Psoriasis pityriasiformis) ohne nachweisbare Ursache. Psoriasis inveterata, welche die ganz entgegengesetzten Charaktere darbietet, ist in seltenen Fällen auf einem sehr frühen Stadium der Krankheit, sogar als erster Ausbruch, aufgetreten. Bei Psoriasis inveterata, welche bei unseren Patienten freilich nicht in ihren höchsten Graden vorgekommen ist, haben wir kein Leiden des allgemeinen Zustandes konstatiert; bisweilen findet sich Psoriasis inveterata bei Individuen mit chronisch-rheumatischen Gelenkleiden (s. später).

Dauer und Verlauf der Exacerbation. — Die Durchschnittsdauer der Behandlung von Psoriasisausbrüchen, durch große Dosen Jodkalium (bis 50 Gramm täglich) geheilt, war:[5]

für 27 erwachsene Individuen .... 38,7 Tage
„ 13 Kinder (unter 15 Jahren) ...... 61,9 „

und durch Behandlung mit Arsenik und gleichzeitig verschiedenen äußeren Mitteln (am häufigsten Bädern und Teermitteln):

für 47 erwachsene Individuen .... 52,3 Tage
„ 9 Kinder (unter 15 Jahren) ..... 90 „

Möglich würde eine Arsenikbehandlung, zu den höchsten Dosen, welche das Individuum vertragen könnte, geführt, eine ebenso schleunige Wirkung wie die Jodkaliumbehandlung haben.

Nach Untersuchung unserer Patienten, und gewiſs als gewöhnlich geltende Regel, ist die Durchschnittsdauer der Behandlung viel höher für Kinder als für erwachsene Individuen; dieses resultiert sowohl aus den obigen Zusammenstellungen, als aus einer gesammelten Berechnung der Durchschnittsdauer aller zu Ende geführten Behandlungsweisen (also auch mit nur äußeren Mitteln, mit Karbolpillen etc.)[6] Die Dauer war nämlich:

für 107 erwachsene Individuen .... 47,3 Tage
„ 28 Kinder (unter 15 Jahren)..... 74,7 „

Ebenso fanden sich unter 110 Patienten, deren Behandlung wenigstens 3 Monate oder mehr dauerte, 21 Individuen unter 10 Jahren, 42 zwischen 10 und 20 Jahren und 47 über diesem Alter; dagegen unter 55 Patienten, deren Efflorescenz nach Verlauf eines Monats oder weniger schwand, nur 2 Individuen unter 10 Jahren, 8 zwischen 10 und 20 Jahren und 45 über diesem Alter.

Die Psoriasis schwand oft auffallend schnell bei Alkoholikern, wahrscheinlich weil sie sich im Hospital vom Trinken enthalten mußsten.

Der allgemeine Zustand des Patienten war in der Regel ungestört, nur in einzelnen Fällen wurden ganz leichte, subjektive Febrilia beim Ausbruche der Efflorescenz angegeben; Temperatursteigerung wurde jedoch nicht konstatiert.

Funktionsstörungen wurden nicht nachgewiesen; namentlich bot auch der Urin nichts abnormes dar, wenige Fälle ausgenommen mit zufällig komplizierender Nephritis und Diabetes mellitus (einmal).

In den meisten Fällen war die Efflorescenz mit Jucken verbunden; dieses war in der Regel sehr unbedeutend, einige Male aber ziemlich

---

[5] Nach HASLUND: Über die Behandlung der Psoriasis mit großsen Dosen von Jodkalium. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* XIV. 1887. pag. 708—9.

[6] Natürlich sind hier nur Fälle benutzt, wo keine zufälligen Komplikationen die Behandlung verlängert haben.

stark; bei den generellen Ausbrüchen (Dermatitis exfoliativa) wurde einige Male auch fortdauerndes Frieren, ohne gleichzeitiges Fieber, angegeben.

Es wurde unter unseren Patienten kein Leiden nachgewiesen, welches als wirkliche Komplikation bei Psoriasis aufgefaſst werden könnte, das heiſst als speziell von dieser Krankheit abhängig; dagegen war sie öfters zufällig mit anderen Leiden kombiniert (s. später).

Als zufällige Komplikationen von der Behandlung herrührend soll namentlich Herpes Zoster nach Arsenikgebrauch[7] hervorgehoben werden, und, wie es scheint, gleichfalls beim Gebrauch dieses Medikamentes verursacht, eine eigentümliche Trockenheit und mattes Aussehen der Haut in Volae (doch nur einmal observiert); nach Jodkalium entwickelten sich bei ein paar Individuen — bei dem einen die beiden Male, wo er damit behandelt wurde — empfindliche, kutane und subkutane Knoten, etwa dem Erythema nodosum ähnlich, aber zum Teil bedeutend gröſser (fast bis zur Apfelsinengröſse); auſserdem kamen mehrere andere mehr gewöhnliche medikamentöse Exantheme vor.

Der **gesamte Verlauf der Psoriasis** ist ganz atypisch; in gewissen Fällen hält sich die Krankheit lange Jahre hindurch, oder vielleicht sogar durch das ganze Leben, allein an den Prädilektionsstellen beschränkt, und sie kann wahrscheinlich auf jedem Zeitpunkt ihres Verlaufs zu exacerbieren aufhören oder gar ganz verschwinden; man muſs aber immer auf neue Ausbrüche vorbereitet sein. Bei einigen Individuen exacerbiert sie ziemlich regelmäſsig ein oder zweimal jährlich in einer Reihe von Jahren, oft zu bestimmten Jahreszeiten; bisweilen kommen längere Remissionen oder vermeintliche völlige Intermissionen vor[8]; solche fanden sich 49 mal von 1 bis 5 Jahre, 10 mal von 5 bis 10 Jahre, und 8 mal von 10 bis 32 Jahre dauernd.

Es liegen noch nicht hinreichende Untersuchungen vor, um zu entscheiden, inwiefern zurückbleibende Plaques Bedeutung für das Eintreten eines späteren Recidivs haben; für diese Auffassung sprechen doch die bei LANG antiparasitär und zu Ende behandelten Fälle; sie sind aber zu gering an Zahl.

Bei 48 unserer Patienten hatte Psoriasis, mit oder ohne Behandlung, 20 Jahre und mehr (bis 50 Jahre) gedauert; nur zwei von diesen, die öfters behandelt gewesen, hatten Psoriasis inveterata, und nur ein wenig über ein Drittel hatten stärker verbreitete Efflorescenzen. Die Psoriasis zeigt also diesem zufolge, wie auch nach anderen Verhältnissen, als

---

[7] cfr. LUDW. NIELSEN: Über das Auftreten von Herpes Zoster während Arsenikbehandlung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XI. 1890. No. 7.

[8] Lange dauernde wirkliche Intermissionen halten wir unserer theoretischen Auffassung der Krankheit (als eine Dermatomykose) gemäſs für den Ausdruck einer Genesung mit darauffolgender neuer Ansteckung.

Regel (also in der Mehrzahl der Fälle) keine Tendenz, sich mit den Jahren erheblich zu verschlimmern, selbst nicht in unbehandelten Fällen; bei einigen Individuen ist dem doch so, und namentlich haben chronischer Alkoholismus und chronisch-rheumatische Gelenkleiden oft einen verschlimmernden Einfluſs; umgekehrt können interkurrierende Krankheiten, von tieferen Ernährungsstörungen begleitet, eine günstige oder sogar heilende Einwirkung auf Psoriasis haben (s. später).

II. Ätiologie der Psoriasis.

Geschlecht. — Unter 520 Patienten mit Psoriasis als Hauptkrankheit fanden sich 314 Männer und 206 Weiber s: 60,4 und 39,6 Prozent. Durch kombinierte Zusammenstellung verschiedener Statistiken fanden sich unter 2439 Patienten 1482 Männer und 957 Weiber s: 60,8 und 39,2 Prozent, ein Verhältnis also wie 3 zu 2.

Alter. — Das Anfangsalter der Psoriasis ist in 548 Fällen (bei 325 Männern und 223 Weibern) angegeben.

241	mal	fing	Psoriasis	vor	15	Jahren	an,
86	„	„	„	zwischen	15—20	Jahren	an,
123	„	„	„	„	20—30	„	„
59	„	„	„	„	30—40	„	„
24	„	„	„	„	40—50	„	„
11	„	„	„	„	50—60	„	„
4	„	„	„	„	60—70	„	„

Die Psoriasis fing also in 44 Prozent (241 mal) im Kindesalter an, und nur in 2,7 Prozent im Alter von 50 Jahren und darüber. Die Häufigkeit, welche in den ersten fünf Lebensjahren im ganzen sehr gering war — im zweiten Lebensjahre fand sich nur 1 Fall — kulminierte zwischen dem fünften bis fünfzehnten Jahre; darauf folgte schon ein Rückgang, der nach dem zwanzigsten Jahre und in den späteren Dezennien noch erheblicher zunahm, und welcher das relative Abnehmen der Stärke der Altersklassen in der Bevölkerung weit übertraf.

Prozentweise wurden angegriffen:

Unter dem	15.	Jahre	32,6	Männer	gegen 60,5	Weiber
zwischen	15—20	„	14,8	„	„ 17,0	„
„	20—30	„	28,3	„	„ 13,9	„
„	30—40	„	15,1	„	„ 4,5	„
„	40—50	„	5,8	„	„ 2,3	„
„	50—60	„	2,8	„	„ 0,9	„
„	60—70	„	0,6	„	„ 0,9	„

Mädchen wurden also prozentweise fast doppelt so häufig wie Knaben angegriffen; vom zwanzigsten Jahre an — das späteste Alter doch ausgenommen — war umgekehrt ein noch gröſseres Übergewicht auf

der Seite der Männer. Wenn man aber berücksichtigt, daſs zwischen Männern und Weibern, welche überhaupt von Psoriasis angegriffen wurden, das absolute Verhältnis wahrscheinlich wie 3 zu 2 ist (s. o.), müssen für die Männer die Prozentangebungen dreifach und gleichzeitig für die Weiber nur zweifach verdoppelt werden, um annähernd den wirklichen Verhältnissen zu entsprechen; dadurch wird der Unterschied im Kindesalter zwischen beiden Geschlechtern sehr beträchtlich vermindert oder vielleicht sogar aufgehoben, wenn man das unsichere dieser Berechnungen in Erwägung zieht; nach dem zwanzigsten Jahre und in den folgenden Dezennien wird er dagegen noch gröſser, als er nach der prozentischen Berechnung war. Unter den Erwachsenen werden also, prozentweise sowie auch absolut, Männer weit häufiger als Weiber von dieser Krankheit angegriffen.

Weder die **soziale Stellung** noch irgend ein spezielles **Handwerk** konnte als das Auftreten der Krankheit beeinflussend nachgewiesen werden.

Über die **„Erblichkeit“** giebt es Erkundigungen bei 306 Individuen. 218 mal war Patient der einzig angegriffene, 88 mal (28,8 %) hatten mehrere Mitglieder derselben Familie Psoriasis. 45 mal fand sich die Krankheit in der gerade aufsteigenden Geschlechtslinie (14,7 % der 306 Individuen), 7 mal nur in einer Seitenlinie, 32 mal waren nur zwei oder mehrere Geschwister angegriffen, und schlieſslich fehlt es für 4 Fälle an mehr detaillierten Aufklärungen. In 13 Fällen fand sich die Krankheit auſser in der gerade aufsteigenden Geschlechtslinie zugleich bei mehreren Geschwistern.

Es ist sehr ungewöhnlich, daſs alle Kinder einer Familie angegriffen sind; unter 320 Kindern aus 52 Familien mit je von 2 bis 13 Kindern, von denen eines oder mehrere Psoriasis hatten, fand sich die Krankheit nur bei 82. Man kann keine Regel nachweisen für die Reihenfolge, in welcher mehrere Geschwister von Psoriasis angegriffen werden, und sie kriegen dieselbe oft in sehr verschiedenem Alter. Die frühere Dauer oder Behandlung der Krankheit ist, im Gegensatze zum Verhältnisse bei Syphilis, ohne Einfluſs auf ein eventuelles Überführen auf die Kinder.

Die Psoriasis fing häufiger im Kindesalter bei den Individuen an, in deren direkt aufsteigender Geschlechtslinie Psoriasis vorkam, als bei anderen, wo dieses nicht der Fall war. Von 43 Patienten, deren Eltern oder Groſseltern Psoriasis gehabt hatten, bekamen nämlich 24 Patienten Psoriasis vor dem fünfzehnten Jahre (55,8 %) und 3 nach dem dreiſsigsten Jahre (6,9 %); und von 191 Patienten aus psoriasisfreier Familie bekamen 68 die Krankheit vor dem fünfzehnten Jahre (35,6 %) und 40 nach dem dreiſsigsten Jahre (20,9 %).

Es liegt bis jetzt kein Beweis vor, um festzustellen,

dafs die Entstehung der Psoriasis bei mehreren Mitgliedern derselben Familie Heredität beizumessen wäre; sie mag an und für sich mindestens ebenso gut Kontagiosität zugeschrieben werden.

Verhältnis der Psoriasis zu anderen Krankheiten und Kombination mit denselben. — Wir haben nicht konstatieren können, dafs Psoriasispatienten eine ganz besonders kräftige und gesunde Konstitution oder eine ungewöhnlich schöne Haut hätten, jedenfalls ist diese Angabe von anderen Verfassern übertrieben.

Wenn bei Psoriasispatienten andere Leiden auftreten, können dieselben bisweilen diese Hautkrankheit beeinflussen oder umgekehrt.

Das Verhältnis der Psoriasis zu Gelenkleiden hat namentlich nach Untersuchungen französischer Verfasser in den späteren Jahren ein besonderes Interesse bekommen, obgleich auch früher dann und wann die Aufmerksamkeit darauf hingelenkt war. Des Platzes wegen werden hier nur die unter unseren Patienten vorgekommenen Fälle von Gelenkleiden, und sehr kurz, referiert.

Zwei Individuen hatten gonorrhoische Gelenkleiden und drei typische Polyarthritis rheumatica acuta (einer zugleich Morbus cordis); keine von diesen Gelenkaffektionen war also in irgend einer Relation zu Psoriasis. Fünf Patienten, darunter drei Alkoholisten, hatten schnell vorübergehende, fieberfreie — oder beinahe fieberfreie (Temperatur am höchsten 38°) — rheumatische Gelenkleiden eines oder weniger, besonders grofser Gelenke ohne andere Relation zu Psoriasis, die nichts eigentümliches darbot, als eben die Gleichzeitigkeit.

Es ist ja besonders zwischen Psoriasis und chronischen Gelenkleiden, dafs man eine gewisse Relation gefunden hat; ein Individuum hatte chronische Arthritis genu und ein anderes (59jähriger Mann) mit immer sehr unbedeutender Psoriasis hatte Arthritis deformans, welche nach dem Hautleiden angefangen hatte; bei keinem dieser zwei Patienten konnte ein Verhältnis zwischen den beiden Krankheiten angenommen werden, ebenso wenig wie bei drei anderen Patienten, alle Männer zwischen 53 bis 65 Jahren, mit chronischem Gelenkrheumatismus oder Arthritis deformans, welche wenigstens bei zwei von ihnen vor Psoriasis angefangen hatte, bei dem einen als Polyarthritis rheumatica acuta; dieser Patient hatte zugleich Pyelonephritis, Bronchitis und Emphysem. Psoriasis, welche bei diesen drei letzten Patienten mehrere (7 bis 14) Jahre bestanden hatte, bot doch insofern besondere Verhältnisse dar, als sie inveterierten Charakters und bei zwei zugleich sehr verbreitet war. Endlich sollen bei noch drei Individuen Exacerbationen von Psoriasis und von Gelenkleiden gleichzeitig aufgetreten sein; einer dieser Patienten (32jähriger Mann) hatte chronischen

Gelenkrheumatismus, 12 Jahre früher (6 Jahre vor Psoriasis) als Polyarthritis rheumatica acuta angefangen; Psoriasis, welche einigemal von Verlust aller Fingernägel begleitet wurde, war sehr verbreitet. Der andere Patient (55jähriger Mann) hatte Arthritis deformans, zwei Jahre nach seiner nun neunjährigen Psoriasis angefangen; letztere war besonders früher sehr verbreitet und von inveteriertem Charakter gewesen; er litt zugleich an Nierenkolik. Schliefslich hatte der dritte Patient (42jähriger Mann) mit neunzehnjähriger Psoriasis, in den letzten zehn Jahren mehrmals jährlich — er wurde während dieser Zeit 26 mal auf dem Spital behandelt — sehr erhebliche Ausbrüche von Psoriasis, zum Teil mit Charakter Dermatitis exfoliativa, einmal mit fast universeller Verbreitung; der chronische, sehr häufig recidivierende Gelenkrheumatismus hatte circa zehn Jahre gedauert; er hatte zugleich Morbus cordis und war starker Alkoholiker (einmal Delirium tremens).

Im Gegensatz zu der Auffassung, welche französische Verfasser (wie Besnier und Brocq u. a.) von Gelenkleiden bei Psoriasis haben, ist bei keinem unserer Patienten besonderer Anlafs gewesen, den Gelenkaffektionen neuropathischen Ursprung beizumessen, aufser insofern Arthritis deformans überhaupt angenommen wird in Relation zum Nervensystem zu stehen.[9] Dagegen zeigt es sich nach Vergleichung unserer Fälle von chronischem Gelenkleiden (also chronisch-rheumatische Gelenkaffektionen und Arthritis deformans) mit anderen von fremden, besonders französischen Verfassern publizierten Fällen, dafs Psoriasis auffallend häufig, doch bei weitem nicht immer, bei Individuen mit solchen Leiden sich zu bedeutenden Graden entwickelt und namentlich oft den Charakter von Dermatitis exfoliativa oder Psoriasis inveterata annimmt; gleichfalls treffen mehrmals, gar nicht immer, die Exacerbationen der Haut- und Gelenkleiden zusammen, und beide erleiden bisweilen bei demselben Individuum mit den Jahren eine wachsende Verschlimmerung. Diese Verhältnisse sind auch von französischen Verfassern hervorgehoben worden. Da aber beide Leiden oft zu häufigen Exacerbationen, bisweilen zu bestimmten Jahreszeiten, geneigt sind, dürfte man doch kaum immer der Gleichzeitigkeit der beiden Leiden so grofses Gewicht beimessen. In den meisten Fällen fingen die Gelenkleiden nach Psoriasis an, den respektiven verschiedenen Altern entsprechend, in denen diese Leiden auch sonst anzufangen pflegen.

[9] Bourdillon stellt in einer These (*Psoriasis et Arthropathies*. Paris. 1888.) eine ziemlich grofse Anzahl (36) Psoriasisfälle zusammen, wo die Patienten mit zum Teil sehr verschiedenen Gelenk- und Nervenaffektionen aufser einzelnen anderen Leiden affiziert waren; diese Fälle hat er nun, am öftesten ohne nähere Prüfung des einzelnen Falles, unter einem gemeinsamen Gesichtspunkt zu vereinigen versucht, indem er die genannten Leiden bei allen seinen Patienten en masse als vom Nervensystem abhängend annimmt.

Dafs Gelenkleiden überhaupt auffallend häufig bei Psoriasispatienten vorkommen sollten, wäre kaum zu behaupten nach den hier angeführten, unter unseren 616 verschiedenen Patienten (mit 927 Observationen) observierten Fällen von Gelenkleiden jeder Art; da es aber an Zahlen fehlt zur Vergleichung des Häufigkeitsverhältnisses solcher Gelenkleiden bei anderen Patienten, wird es immer schwierig sein, dieses zu entscheiden; es mufs auch bemerkt werden, dafs diese Individuen, gerade wegen ihrer öfters sehr verbreiteten Psoriasis, verhältnismäfsig häufiger zur Observation kommen werden. Die approximative Angabe BESNIERS und DOYONS von der Häufigkeit der „Psoriasis arthropatique",[10] nämlich an 5%, übersteigt ja nicht wenig die gesammelte Anzahl der unter unseren Patienten gefundenen Gelenkleiden sehr verschiedener Art.

Verhältnis der Psoriasis zu akuten Krankheiten. — Wie mehrere andere Hautleiden (Lupus, Scabies, Favus u. s. w.) kann auch Psoriasis während interkurrierender, febriler Krankheiten bisweilen zurückgehen oder vorübergehend schwinden, so unter unseren Patienten einmal bei Pleuritis und ein paarmal bei Typhus; bei einem der Patienten war es eine vieljährige und mehrmals vergeblich behandelte Psoriasis; dergleichen Fälle finden sich dann und wann in der Litteratur; dieses Verhältnis ist doch aber nicht regelmäfsig.

In einzelnen Fällen zeigte sich Psoriasis zum erstenmal in unmittelbarem Anschlufs an akute febrile Krankheiten (nach Scarlatina, Morbilli, Typhus, Erysipelas, Pleuritis). Auch solche Fälle trifft man bisweilen in der Litteratur; in einem Falle (von CAZENAVE) soll sich Psoriasis in den frischen Narben nach Variola lokalisiert haben. Manch-

---

[10] (KAPOSI: *Pathol. et Traitem. des malad. de la peau.* Traduct. avec notes et addit. par BESNIER et DOYON. Sec. édit. fr. 1891. Tome I. p. 554.) Diese Bezeichnung können wir, wenigstens in der bei diesen Verfassern untergelegten Bedeutung, wie oben erwähnt, nach Analyse unserer eigenen Fälle nicht annehmen, und ihre Richtigkeit scheint uns, nach kritischer Analyse der darüber vorliegenden Litteratur, auch sehr zweifelhaft. Nach unseren Untersuchungen kann kein genaueres Feststellen des Verhältnisses zwischen Gelenkleiden und Psoriasis gegeben werden, als die oben erwähnte und genauer präzisierte, ganz klinische Relation. Übrigens findet sich bisweilen auch ein etwas ähnliches Verhältnis zu solchen Gelenkleiden bei anderen Hautkrankheiten (wie Eczema seborrhoicum, Lichen ruber, primäre Dermatitis exfoliativa u. m.).

Auch die bei BESNIER (v. BOURDILLON l. c. p. 81) aufgestellte „Psoriasis douloureux" müssen wir nach Untersuchungen unserer Patienten für höchst zweifelhaft halten; dafs Individuen, welche einem häufigen, sogar täglichen, und in den meisten Fällen ungewohnten Baden etc. unterworfen sind, dann und wann verschiedene vorübergehende rheumatische Schmerzen (wie Lumbago, Torticollis, unbestimmte rheumatische Schmerzen in Muskeln und Gelenken) kriegen können, wozu die pathologisch veränderte Haut und damit Hautsekretion vielleicht noch mehr disponieren können, scheint nicht so ungewöhnlich; solche Fälle kamen denn auch dann und wann unter unseren Psoriasispatienten während der Behandlung vor, wie man es auch bei anderen Individuen unter ähnlichen Bedingungen sehen kann. In dieser Verbindung mag auch erwähnt werden, dafs gleichfalls während der Behandlung mehrmals (33 mal) akute Angina aufgetreten ist. Nur zweimal sind wirkliche Neuralgien observiert (s. später).

mal handelt es sich wohl übrigens hier um ein zufälliges Zusammentreffen.

Verhältnis der Psoriasis zu chronischen Krankheiten. — Auch bei chronischen, konsumierenden Leiden (Krebs, Diabetes etc.) kann Psoriasis schwinden, bisweilen für immer (der Patient F. HEBRAS mit recidivierenden Hämoptysen), doch ist auch dieses Verhältnis nicht ganz regelmäſsig; so hatten zwei unserer Patienten beginnende Phthisis, ein Individuum Diabetes mellitus, ein anderes Cancer mammae, scheinbar ohne Einfluſs auf die Psoriasis; dagegen haben wir nie Psoriasispatienten mit vorgeschrittener Phthisis observiert oder erwähnt gefunden.

Einigemal kamen chronische Bronchitis, chronische Nephritis, chronischer Magen-Darmkatarrh ohne nachweisbaren Einfluſs auf Psoriasis vor: ebenso war der Fall bei Chlorose und einigen anderen chronischen Krankheiten. Drei unserer Patienten hatten Wechselfieber gehabt; daſs POOR häufig bei Psoriasispatienten die Malaria antrifft, muſs davon herrühren, daſs die Patienten aus einer sehr malariareichen Gegend (Ungarn) sind, das heiſst von einem zufälligen Zusammentreffen.

Wie es kein Grund war, den Gelenkleiden bei unseren Patienten speziell einen neuropathischen Ursprung beizumessen, haben wir auch nicht wie einige Verfasser (besonders POLOTEBNOFF und BOURDILLON) konstatieren können, daſs Leiden des Nervensystems im ganzen so auffallend häufig unter unseren Patienten vorkamen, daſs man allein deshalb etwa eine nähere Relation zwischen ihnen und Psoriasis annehmen könnte. Umgekehrt soll nach Mitteilung hiesiger Neuropathologen (u. a. Professor C. LANGE) Psoriasis im ganzen ziemlich selten bei ihrer Klientel vorkommen. Auſser bei einzelnen Fällen von Herpes Zoster (also nach Gebrauch des Arseniks — siehe früher) sind nur zweimal Neuralgien angegeben (des Nervus ulnaris und Nervus ischiadicus) und in folgenden Fällen (also unter 616 Individuen) Leiden des Cerebrospinalsystems; einmal Syphilidophobie mit nachfolgendem Morbus mentalis, viermal Epilepsie und dreimal alkoholische, epileptiforme Anfälle, einmal Hysterie, einmal disseminierte cerebrospinale Sklerose, zweimal syphilitische Hirn- und Rückenmarksleiden, zweimal Anfälle von Schwindel, in einem dieser Fälle wahrscheinlich wegen seniler Gefäſsdegeneration. Diese sehr verschiedenartigen Leiden sind bald vor, bald nach der Psoriasis aufgetreten ohne nachweisbare Relation zu derselben.

Chronischer Alkoholismus kann ohne Zweifel einen verschlimmernden Einfluſs auf eine bestehende Psoriasis ausüben, da die am meisten verbreiteten und am häufigsten recidivierenden Fälle am öftesten bei starken Säufern vorgekommen sind; ebenso wird sicherlich der Alkoholismus die Entwickelung der universellen Ausbrüche (Dermatitis exfoliativa) begünstigen können (s. früher). Da aber bei einigen Alkoholikern Psoriasis

sehr schwach entwickelt und zu Recidiven nicht besonders geneigt war, ist diese Regel nicht absolut. Wie früher erwähnt, schwand Psoriasis während Behandlung und gleichzeitigen Enthaltens des Trinkens bei diesen Individuen oft auffallend schnell.

Verhältnis der Psoriasis zu Krankheiten mit Hautefflorescenz. — Psoriasispatienten scheinen nicht weniger als andere Individuen für andere Hautleiden empfänglich zu sein, und obgleich es bezweifelt ist (F. Hebra, Neumann), hat man auch Psoriasis bei Individuen mit Prurigo (Neumann) und Ichthyosis (van Haren-Noman) gesehen. Besonderes Interesse in diagnostischer, ätiologischer oder prognostischer Beziehung bieten die Fälle dar, wo — was auch bei anderen Hautleiden ja nicht ungewöhnlich ist — eine lokale Kombination mit anderen Exanthemen vorkommt, indem Psoriasis sich entweder in dem am öftesten retrograden Exanthem einer anderen Hautkrankheit lokalisiert oder sogar ihren ersten Ausgangspunkt davon nimmt, oder umgekehrt, indem die Psoriasisefflorescenz selbst die Lokalisationsstelle oder der erste Ausgangspunkt eines anderen Hautleidens wird.

Unter den Fällen, wo eine Psoriasisefflorescenz sekundär in Verhältnis zum Exanthem einer anderen Krankheit gestanden, sind die von besonderem Interesse, wo es der erste Ausbruch der Psoriasis gewesen. Bei zwei unserer Patienten soll die Psoriasis (erster Ausbruch) nach Erysipelas und auf der Stelle desselben angefangen haben. In drei Fällen von Biart[11] fing Psoriasis (erster Ausbruch, keine hereditäre Disposition) während der Evolution von Scarlatina an und zuerst auf den von der letzteren am meisten angegriffenen Stellen. Der Fall Cazenaves[12] mit Psoriasis (erster Ausbruch, keine hereditäre Disposition) nach Variolae ist oben erwähnt. Sehr bemerkenswert sind die Fälle, wo Psoriasis zum ersten Mal nach Vaccination auf der Einimpfungsstelle selbst anfängt.[13] Von Rohés zwei Patienten hatte keiner vorher Psoriasis gehabt, sie waren auch nicht hereditär dazu disponiert; beide wurden mit animalischer Vaccine geimpft; diese hatte keinen Erfolg bei dem einen der Patienten, aber 8—9 Tage später zeigte sich ein Psoriasisflecken auf der Einimpfungsstelle und einige Tage später zahlreiche zerstreute Flecken; bei dem anderen Individuum entwickelte sich Psoriasis in hyperämischen Flecken nach Abfallen des Vaccineschorfes, und kurz danach kam eine zerstreute Efflorescenz hervor. Auch Hyde soll einen ähnlichen Fall gesehen haben.

---

[11] Ref. in *Annal. de Derm. et de Syph.* 1883. pag. 721.

[12] Des affect. squam. de la peau. — Psoriasis — Lepra vulgaris. *Annal. des mal. de la peau. et de la syph.* Vol. I. 1844. pag. 99.

[13] Mehrere dieser Fälle, die von Nordamerika herrühren (nämlich Rohés, Hydes, Piffards, Woods) sind uns leider nur durch Referat in *Annal. de Dermat. et de Syph.* 1883. pag. 720 zugänglich gewesen.

PIFFARD teilt eine ganz gleiche Krankengeschichte mit, wo Psoriasis zuerst an der Einimpfungsstelle, später zerstreut hervorkam; die animalische Vaccine gelang auch hier nicht. Auch WOOD hat zwei Schwestern gesehen, bei denen Psoriasis (erster Ausbruch) nach Heilung der Pusteln (animalische Vaccine) anfing; der Bruder hatte Psoriasis. Noch teilt CHAMBARD[14] einen ähnlichen Fall von Psoriasis (erster Ausbruch) mit; das Leiden erschien nach Inokulation mit animalischer Vaccine bei einem Kinde, dessen Eltern immer gesund gewesen. GASKOIN[15] soll in sechs Fällen Psoriasis auf den Einimpfungsstellen während Heilung der Vaccinepusteln anfangen gesehen haben, und CAMPBELL[16] erwähnt einen Patienten, wo dasselbe der Fall zu sein scheint.

Es ist bei vorher psoriatischen Individuen nicht ungewöhnlich, dafs sich Psoriasis in anderen Exanthemen entwickelt, wie in einem retrograden Ekzem (NEUMANN etc., auch ein paar mal bei unseren Patienten), in Seborrhoea congestiva faciei (1 mal), in Erythema nodosum (2 Fälle, der eine vielleicht erster Ausbruch von Psoriasis), in Herpes zoster (1 mal), in Urticaria (CAZENAVE) etc.

In anderen Fällen hat Psoriasis primär in Verhältnis zu anderen Exanthemen gestanden, ist also Ausgangspunkt derselben geworden. Dazu gehören die, im ganzen seltenen Fälle, wo eine gereizte Psoriasisefflorescenz zu verschiedenen Infektionen Anlafs gegeben (wie Erysipelas, Lymphangitis, multiplen Pustelbildungen — bei je einem unserer Patienten). In anderen nicht seltenen Fällen hat Psoriasis, besonders auf den Beinen und einzelnen anderen Stellen, durch Irritation einen ekzematösen Charakter bekommen — DEVERGIES Psoriasis eczemateux, BAZINS Psoriasis arthritique (insofern es sich hier nicht um ganz andere Affektionen wie Eczema seborrhoicum gehandelt) etc. — oder richtiger, sie ist mit einem artifiziellen Ekzem oder einer Dermatitis kompliziert geworden; die Entwickelung des Leidens auf den Beinen wird durch die hier gewöhnlich gröfsere Chronizität der Efflorescenz begünstigt, so wie auch durch das ebenfalls hier oft starke Jucken, welches auf schwierigere Cirkulationsverhältnisse, besonders bei Varicenbildungen, zurückzuführen ist. Dafs ein Entzündungsmoment (wahrscheinlich Parasiten), welches vermutlich für die Psoriasis als solche zu Grunde liegt, unter gewissen Verhältnissen allein im stande sei, eine stärkere Irritation zu verursachen (UNNA), ist natürlich nicht ausgeschlossen. Dafs an und für sich eine nähere Verwandtschaft zwischen Ekzem und Psoriasis bestehen solle (CAMPBELL), haben wir dagegen keinen Anlafs gehabt zu vermuten.

---

[14] *Annal. de Derm. et de Syph.* 1885. pag. 498
[15] *On the Psoriasis or Lepra.* 1875. pag. 49. (und Appendix).
[16] *Arch. of Dermat.* Juli, 1877.

Die unter der Form Dermatitis exfoliativa im Verlauf der Psoriasis auftretenden diffusen Exantheme dürften am ehesten hierher gerechnet werden.

In mehreren Fällen ist das Exanthem, besonders an gewissen Stellen, wie im Haarboden, an der Stirn, im Gesicht, bisweilen an Brust und Rücken, mit schmutzig gelben, fettartigen Schuppen bedeckt gewesen, während an anderen Stellen sich eine völlig charakteristische Psoriasisefflorescenz fand; dergleichen Verhältnisse, die u. a. auch nicht selten bei Syphilis anzutreffen sind, gründen sich wahrscheinlich, wie auch Unna sie aufzufassen scheint, auf eine lokale Kombination von Psoriasis und Eczema seborrhoicum.

Eine Lokalisation syphilitischer Papeln in Psoriasisflecken ist von Dornig und Neumann erwähnt worden; bei zwei unserer Patienten traten bogenförmig am Rande gröfserer Psoriasisplaques gruppierte, ulcerative Syphiliden auf; diese schwanden durch Merkurialbehandlung, die Psoriasis wurde nicht beeinflufst (wie in Neumanns zwei Fällen). Auch andere Infektionskrankheiten (wie Variola) sollen sich vorzugsweise an psoriatischen Hautstellen lokalisieren (Kaposi).

In einem Fall hat man Keloid sich in Psoriasisflecken entwickeln gesehen. Von besonders prognostischer Bedeutung sind aber die doch sehr wenigen Fälle, wo eine Psoriasisefflorescenz der Ausgangspunkt maligner Neubildungen geworden, wie Mycosis fungoides Alibert (de Amicis, Pick) oder Epitheliom (Cartaz 1 F., White 2 F., H. Hebra 1 F.); auffallend sind in Hebras und Whites Fällen zahlreiche und resistente warzenartige Bildungen, welche, lange vor der Umbildung in Krebs, sich in Psoriasisflecken an den Extremitäten, besonders den Händen, entwickelten und eben ein Übergangsstadium zum Krebs bildeten. Bei allen den Patienten mit Krebs hatte Psoriasis viele Jahre bestanden, und keiner von ihnen war in einem für die Entwickelung der Krankheit besonders jungen Alter, wie dasselbe verhältnismäfsig nicht so selten bei Entwickelung von Krebs auf Lupus gesehen ist (Ludw. Nielsen). Nur einer unserer Patienten hatte Krebs (mammae), wie es scheint, ohne Lokalrelation zu Psoriasis, und man findet auch sehr selten diese Krankheit bei Psoriasispatienten auftretend angegeben, so dafs gewifs kein spezieller „rapport de succession“ (Hardy) zwischen diesen Leiden angenommen werden kann.

Verhältnis der Psoriasis zu äufseren Irritationen. — In Übereinstimmung mit der Bedeutung, welche mehr dauerhaft einwirkende Irritamente für die Lokalisation der Psoriasis im allgemeinen haben (s. f.), können auch mehr zufällige, mechanische Irritationen der Sitz der Psoriasis werden. Am meisten bekannt ist Köbners Fall mit Lokalisation der Psoriasis in Exkoriationen, Bifs eines Pferdes und Tättowierung;

später finden sich andere ähnliche Fälle erwähnt mit Lokalisation in Nadelrissen, in Zeichen nach Schröpfköpfen, nach Abschabung mit scharfem Löffel, nach Druck einer Bandage etc., und es ist ja auch nicht selten, daſs Nägelrisse sich in Psoriasis umbilden.

In vielen Fällen kann man durch Einritzen in die obersten Schichten der Epidermis (das sogenannte Experiment Köbners) willkürliche Efflorescenz (Psoriasis factitia) bei einem Psoriasispatienten hervorrufen. Bei 42 unserer Patienten ist dieses Experiment unternommen, in den meisten Fällen gleich nach Aufnahme des Patienten ins Hospital; 15 mal gab es positiven, 27 mal negativen Erfolg. In beinahe allen Fällen war Psoriasis im Entwickelungsstadium; die einzelnen Male, wo das Einritzen während eines totalen Zurückganges der Efflorescenz unternommen wurde, gab es negatives Resultat, wie auch in einzelnen Fällen, wo, nachdem es früher positiven Erfolg gehabt, das Experiment während der Behandlung wiederholt wurde, obgleich bei einem Patienten zur selben Zeit frische Efflorescenz auf anderen Stellen hervorgekommen war. Bei einem Individuum, wo gleichzeitig ein Einritzen auf dem Arm und auf der Brust gemacht wurde, gab das erste positives, das zweite negatives Resultat. Alle Patienten, auſser zwei (beide mit negativem Erfolge des Einritzens), wurden mit Jodkalium in groſsen Gaben behandelt. Das positive Resultat zeigt sich derart, daſs immer erst nach Verlauf einiger Tage, gewöhnlich nach 8 bis 10 Tagen, einzelne Male doch auch ein wenig später, mehr oder weniger von einander gesonderte, punktförmige Psoriasisflecken im Ritz selbst hervorkommen; bei weiterem Wachsen können sie konfluieren. Das Experiment scheint so — was auch Kaposi und Haslund bemerken — überhaupt nur dann zu gelingen, wenn Psoriasis im Progressionsstadium ist, und auſserdem nur in einem Teil solcher Fälle, dagegen nicht, wenn die Krankheit stationär oder im Rückgang ist. Köbner hat dieses Experiment bei der Differentialdiagnose zwischen Psoriasis und squamösen Syphiliden brauchbar gefunden, indem bei Syphilispatienten nie Efflorescenz nach dem Einritzen hervorkam.

In seltenen Fällen hat Psoriasis zum ersten Male nach einer mechanischen Irritation und auf der Stelle derselben angefangen, so in ein paar Fällen nach Schröpfen (Veiel, Bazin), in einem Fall unter der Pelotte eines Bruchbandes (Kopp) mit weiterer Verbreitung in den nächsten Wochen; bei vier unserer Patienten soll Psoriasis nach einer traumatischen Einwirkung und auf der Stelle derselben angefangen haben; die Angaben diesbezüglich sind aber ziemlich mangelhaft.

Auch chemische und thermische Irritationen können eine ähnliche Wirkung hervorrufen: Vesikatoren (bei einem unserer Patienten),

Sinapismen, Ätzung mit Kali und Lapis, Verbrennungen (bei einem unserer Patienten), Umschläge, bisweilen Schwitzbäder etc. Einzelne Male hat auch ein erster Ausbruch der Psoriasis nach solchen Irritationen angefangen; so zuerst auf der mit Jod (wegen einer Kontusion) gepinselten Stelle am Knie mit nachfolgendem, verbreitetem Ausbruch (WUTZDORFF), um eine Brandwunde am Arm mit nachfolgender, akuter Efflorescenz (bei einem unserer Patienten), in einer frischen Brandnarbe an der Stirn (ENGELSTED). Bei einem unserer Patienten (völlig gesunder, 20jähriger Mann ohne hereditäre Disposition) fing der erste Ausbruch von Psoriasis am Hals an gleich nach Anwendung eines warmen Umschlages wegen einer Angina; in acht Tagen war Psoriasis nur am Gesicht und Hals lokalisiert, dann aber erschienen nach einem warmen Bade zahlreiche Psoriasisflecken über den ganzen Körper im Laufe einiger Tage bei übrigens völligem Wohlbefinden.

Dieses Verhältnis der Psoriasis zu Irritationen, das sich genau an ihr oben erwähntes Verhältnis zu verschiedenen Exanthemen anschließt, findet sich zum Teil bei verschiedenen anderen Hautleiden wieder (wie Urticaria, Ekzem, Lichen ruber, Lupus, Dermatomykosen m. m.), wenn auch nicht immer ganz auf dieselbe Weise.

Verhältnis der Psoriasis zu physiologischen Zuständen. — Ein näheres Verhältnis zwischen Psoriasis und Menstruation ist bei unseren Patientinnen nicht nachgewiesen. Bisweilen schwindet Psoriasis während der Gravidität (wie besonders von BALM. SQUIRE hervorgehoben); so gab namentlich eine unserer Patientinnen an, daß sie in allen ihren fünf Graviditäten die Krankheit los gewesen; dieses Verhältnis ist doch aber bei weitem die Regel nicht, so ist in mehreren anderen Fällen Psoriasis unverändert geblieben oder hat gar exacerbiert. Daß in einigen Fällen (bei MCCALL ANDERSON, HENRY) Psoriasis ziemlich regelmäßig während jeder Laktation exacerbiert, scheint nicht so sehr auf eine nähere Relation zwischen Psoriasis und der Laktation selbst hinzudeuten — wofür man (MCCALL ANDERSON, WUTZDORFF) mehrere sonderbare Erklärungen gesucht hat, — als vielmehr schlechtweg darauf, daß die Gravidität, welche ja in gewissen Fällen auf die Psoriasis vorübergehend heilend einzuwirken scheint, eben aufhört.

Verhältnis der Psoriasis zu Gemütsbewegungen. — In mehreren Fällen hat man (FOURNIER, HEULZ, LELOIR) Psoriasis mit einem akuten Ausbruch nach einem heftigen Schrecken, seltener nach Zorn, anfangen sehen und in der Regel nur wenige Tage darnach; gleichfalls hat man Psoriasis während mehr anhaltender Gemütsbewegungen auftreten sehen.

Es ist auf solchen Fällen, daß besonders französische Verfasser einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Psoriasis und Gemütsbewegungen

begründen; da es sich aber hier nur um ein zeitliches Zusammentreffen handelt, welches doch möglich auf einer Zufälligkeit beruhen könnte, giebt es keinen wirklichen Beweis, sondern nur eine Möglichkeit, höchstens eine gewisse Wahrscheinlichkeit, daſs Psoriasis durch Gemütsbewegungen hervorkommen mag; jedenfalls ist es ein ätiologisches Moment, welches gemiſsbraucht wird. In den Fällen, wo wir persönlich Erkundigungen darüber eingezogen, ist es mit negativem Erfolge gewesen.

Verhältnis der Psoriasis zu Jahreszeiten. — Es ist nicht ganz ungewöhnlich, daſs Psoriasis, wenigstens in einem gewissen Teile ihres Verlaufs, in einer längeren oder kürzeren Reihe von Jahren ziemlich regelmäſsig zu bestimmten Jahreszeiten exacerbiert und remittiert. So bekam einer unserer Patienten (37 jähriger Mann) in seinem 20. Jahre eine sehr verbreitete Psoriasis, welche durch Behandlung mit Bädern schwand, sich später jeden Frühling und Herbst einfand, aber in viel geringerem Grade; im 30. Jahre bekam er im Herbst Typhus und war dann frei von Psoriasis, welche sich darauf wieder in den folgenden Jahren wie gewöhnlich im Frühjahr und Herbst einfand. Bei 56 unserer Patienten liegen Angaben eines solchen, bisweilen durch viele Jahre fortgesetzten und gewöhnlich regelmäſsigen Auftretens der Psoriasis zu bestimmten Jahreszeiten vor. Am häufigsten sollen die Exacerbationen im Frühling eingetreten sein (nämlich 30 mal, wovon 12 mal zugleich im Herbst) und im Herbst (10 mal auſser den erwähnten 12 mal), seltener im Sommer (10 mal) und im Winter (6 mal).

In Übereinstimmung damit ist nur ein Fall erwähnt, wo die Remission im Frühling eintraf; das betreffende Individuum hatte 22 Jahre Psoriasis gehabt, welche regelmäſsig jedes Jahr am Ende März (vor dem Baden) spontan schwand und den Sommer ganz weg blieb. Nur 2 mal wurde die Remission angegeben, im Herbst stattgefunden zu haben, sodann 11 mal im Winter und 22 mal im Sommer, in einigen (10) Fällen war es während Gebrauchs der Meerbäder; umgekehrt wurde Psoriasis bei einem Patienten durch diese immer verschlimmert.

Es ist also unzweifelhaft, daſs die Exacerbationen und Remissionen der Psoriasis in einem gewissen abhängigen Verhältnis zu den Jahreszeiten stehen können, so daſs die Exacerbationen am häufigsten im Frühling und im Herbst eintreten. In ein paar Fällen hat Psoriasis bei Seeleuten immer während Aufenthalts in warmen Ländern remittiert.

Die geographische Verbreitung der Psoriasis. Die Psoriasis wird gewöhnlich als eine pandemische Krankheit, die sich in allen Weltteilen und bei allen Menschenrassen findet, angegeben; es scheint jedoch zweifelhaft, ob die (bei HIRSCH angegebene) unter verschiedenen Namen — wie Gune in Polynesien, Daud in Assam, Curúba bei den Indianern in Brasilien — beschriebenen Leiden wirklich Psoriasis seien. Bei den

Negern soll die Krankheit selten vorkommen (MORISON), dagegen soll sie sich häufig bei Juden finden (BALM. SQUIRE); unter sehr nördlichen Breitengraden ist sie auch nicht selten, so fanden sich auf Island (FINSEN) 42 Fälle von Psoriasis (8,1 %) unter 513 Fällen von Hautkrankheiten; häufiger war nur Scabies (46%).

Das Häufigkeitsverhältnis der Psoriasis zu anderen Hautkrankheiten. — Nach einer Zusammenstellung, welche wir aus den wesentlichsten Statistiken über die Häufigkeitsverhältnisse der Psoriasis in mehreren der gröfsten Städte Europas zu anderen Hautleiden unternommen haben, fanden sich unter 15376 Fällen von Hautkrankheiten 993 Fälle von Psoriasis, d. h. 6,5%; das Verhältnis der Psoriasis zu anderen Hautleiden war also demnach beinahe wie 1 zu 15. Nach kombinierten Statistiken aus Nordamerika (J. WHITE) kamen unter 58617 Fällen von Hautkrankheiten 1924 Psoriasisfälle vor, d. h. 3,28%; es möchte demnach scheinen, als ob die Psoriasis viel häufiger in Europa als in Nordamerika aufträte.

Mehreren der gröfseren statistischen Aufzählungen zufolge soll Psoriasis rücksichtlich der Häufigkeit den am gewöhnlichsten vorkommenden, parasitären Hautleiden (Dermatomykosen und Dermatozoonosen) nahe stehen, und neben diesen (und Akne) am nächsten nach Ekzem kommen.

(Fortsetzung folgt.)

Vorläufige Mitteilung über die Wirkung des Allylsulfocarbamids (Thiosinamins) bei subkutaner Einverleibung.

Von

DR. H. VON HEBRA
in Wien.

Vortrag gehalten in der Sitzung vom 9. September 1892 des II. Internationalen Dermatologischen Kongresses.

Ich hatte gehofft, Ihnen, meine Herren, ein detailliertes Elaborat über eine Reihe von Versuchen, die ich seit fast zwei Jahren machte, liefern zu können. Die Umstände, unter denen ich zu arbeiten gezwungen war, sind aber so ungünstige gewesen, dafs ich Sie bitten mufs, mit einer vorläufigen Mitteilung vorlieb zu nehmen. Ich habe leider nicht über genügendes liegendes Material zu meinen Beobachtungen verfügen können,

über Kranke, die unter steter Kontrolle meiner Hilfsärzte gewesen wären, und daher finden sich noch viele Lücken, die unter geeigneteren Verhältnissen von mir schon ausgefüllt worden wären, was ich nun wohl werde einer späteren Zeit überlassen müssen.

Erst in der jüngsten Zeit ist es mir gegönnt gewesen, wenigstens einigermaſsen gehörige Beobachtungen zu machen, da der Herr Direktor ULLMANN des Rudolph-Spitales mir gestattete, dort zu arbeiten, und wurde ich von den Herren Primarärzten KOLLER, NEUSSER und MRAČEK auf ihre Abteilungen zugelassen, wofür ich diesen Herren meinen verbindlichsten Dank abstatte. Und nun zur Sache!

Im November 1890 wurde ich von Herrn Dr. v. FROSCHAUER auf einen Stoff aufmerksam gemacht, von dem er behauptete, daſs er, subkutan einverleibt, Tiere gegen Infektion mit bazillären Kontagien immunisiere. Ratten seien gegen Milzbrand immun geworden, während die Kontrolltiere durch Impfung mit derselben Menge derselben Kultur in der gewöhnlichen Zeit starben. Ich will gleich hier mitteilen, daſs dieses Faktum sich nicht bewahrheitete. Es muſs bei dem ersten Versuch ein Fehler unterlaufen sein, der nicht mehr kontrolliert werden konnte, denn bei einem zweiten Versuch starben alle Tiere, sowohl die injizierten wie die nicht injizierten.

Die angeführte Angabe war aber damals zu verlockend gewesen, um nicht mit chronischen Infektionskrankheiten behaftete Individuen mit diesem Mittel zu behandeln, um zu sehen, ob sich das Leiden nicht beheben, oder doch bessern lieſse. Ich brachte damals 5 Lupöse in einem Hôtel unter, und begann im Vereine mit meinem Assistenten Herrn Dr. S. KOHN die Kranken zu injizieren. Leider stieſs ich gerade auf etwas ungeduldige Individuen, die mir nicht lange genug standhielten, und als der Niedergang des Tuberkulins eintrat, wollten sie auch von meinen Injektionen nichts mehr wissen und begehrten ihre Entlassung. Ich bin also leider nicht in der Lage, Ihnen jene ältesten Fälle zu demonstrieren, was ich um so mehr bedauere, als gerade bei ihnen einige interessante Fakta zu verzeichnen wären. Die Fälle, welche ich Ihnen vorzuführen die Ehre haben werde, stammen aus einer viel späteren Periode und sind daher nicht so weit vorgeschritten in der Besserung.

Gleich bei den ersten Fällen zeigte sich ein Phänomen, das auch bis heute noch in der gleichen Weise beobachtet wird, nämlich das einer l o k a l e n R e a k t i o n, o h n e M i t b e t e i l i g u n g d e s G e s a m t o r g a n i s m u s.

Meist zwei Stunden nach der Injektion, manchmal auch etwas später, beginnt die erkrankte Partie roter zu werden und zu schwellen. Diese beiden Symptome hängen von der Intensität und Ausbreitung der Krankheit und von der Menge der injizierten Materie ab; ihnen entsprechend ist die Reaktion entweder gering oder beträchtlich. Die Schwellung

vermag dabei so heftig zu werden und so rasch sich zu entwickeln, daſs die Epidermis, ja auch der Papillarkörper platzen und oberflächliche Risse entstehen, aus denen aber keine spezielle Absonderung erfolgt. Diese Reaktion hält ziemlich ungeschwächt 4—6 Stunden an, nimmt dann stetig ab, aber auch noch nach 24 Stunden ist etwas davon wahrzunehmen und erst später pflegt das frühere Kolorit zurückzukehren. Bläschenbildung oder Transsudation sero-purulenter Flüssigkeit ist dabei nie erfolgt. Allgemeine Symptome pflegen vollständig auszubleiben und speziell haben wir nie irgend welche fieberhafte Erscheinungen zu beobachten vermocht. Hier und da geschah es, daſs zugleich mit der lokalen Reaktion sich ein gewisses Unbehagen einstellte, das auch einige wenige Male mit Erbrechen galliger Flüssigkeit vergesellschaftet war, ich glaube aber, daſs diese Symptome dadurch hervorgerufen wurden, daſs wir zu rasch höhere Dosen injizierten. Man wird sie also durch sehr langsames Ansteigen vermeiden können. Diese Erscheinungen kamen übrigens so selten vor und in den nächsten Tagen wurden die Injektionen wieder so anstandslos vertragen, daſs eine zufällig eingetretene Verdauungsstörung durch Zusichnahme unzweckmäſsiger Speisen ebensogut als Ursache für die Übelkeit angesehen werden kann.

Subjektiv verspüren die Patienten an der Lupusstelle ein gesteigertes Hitzegefühl mit Spannung infolge der eingetretenen Schwellung, mit deren Schwinden auch wieder die normalen Sensationen zurückkehren.

Wie lange man auch mit den Injektionen fortsetzen mag, der Eintritt der Reaktion bleibt konstant, so daſs man von einem Sichgewöhnen des Organismus an das Medikament eigentlich nicht sprechen kann, nur scheinen etwas höhere Dosen nötig zu werden, damit die Reaktion in derselben Intensität wie früher erfolge, worüber ich aber nicht vollkommenen Aufschluſs zu geben vermag, weil wir eben zu unseren kurativen Zwecken mit der Zeit höhere Dosen verabreichten, um rascher unsere Resultate zu erzielen. Es wäre also hier ein Versuch mit der Injektion konstanter niederer Dosen noch nötig. Am nächsten Tage, wenn die Reaktion wieder abgelaufen ist, erfolgt eine sehr beträchtliche Desquamation; alle lupösen Parteien sind mit zahlreichen Schuppen bedeckt, während die angrenzende gesunde Haut rein und glatt bleibt wie zuvor.

Was nun die Heilwirkung anlangt, so kann man einen Teil derselben sehr bald sehen. Schon nach wenigen Injektionen ändert sich das Bild des Lupus. War es ein stark prominenter Lupus tumidus, so sieht man ihn wesentlich einfallen, hervorragende Protuberanzen werden kleiner und das ganze krankhafte Gewebe verflacht sich zusehends. Bei einem ulzerösen Lupus reinigen sich die Geschwüre rasch, die aufgeworfenen Ränder flachen ab und schon nach wenigen Wochen sieht man

Verheilen der ulzerierten Partie eintreten, welches ehedem durch äufserliche Mittel lange Zeit vergebens angestrebt wurde. Am schwersten werden die flachen, gelben, eingestreuten Lupusknötchen beeinflufst, deren Vaskularisation geringer ist, als bei den vorerwähnten Formen und Stadien; und da man bei zunehmender Besserung die tuberöse und ulzeröse Form in die des, sagen wir, ledernen Lupus bringt, so ist es begreiflich, dafs später die Heilresultate geringer werden, als sie anfänglich gewesen sind. Ich bin also noch nicht in der Lage, angeben zu können, ob es gelingen wird auf diese Weise Lupus vollkommen zu heilen; vielleicht ist die Zeit die bisher abgelaufen ist, noch zu kurz, vielleicht gelingt es auch gar nicht. Die eingetretene Besserung kann ich aber an mitgebrachten Kranken demonstrieren.

Weit höher stehen aber die gewonnenen Resultate betreffs des Narbengewebes, das sich sowohl nach spontaner Ulzeration des Lupus, als auch nach durch Ätzungen hervorgerufenen Substanzverlusten einstellt. Allüberall wo solches Narbengewebe die unterliegenden Texturen straff überspannt, wo es durch Zug oder Druck Entstellungen, Behinderung der Bewegung oder Ernährungsstörungen hervorruft, sind wir in der Lage, eine komplete Erweichung des Narbengewebes zu erzielen. Wir haben das am auffallendsten an den Ektropien beobachtet, von denen die Patienten mit Lupus der Augenlider und Wangen so oft befallen werden, und deren entstelltes Äufsere dadurch nur noch abschreckender wird. Schon nach wenigen Monaten schwinden diese Ektropien ganz.

Ich werde die Ehre haben, Ihnen meine Herren, einen Fall zu zeigen, bei dem das linke Augenlid vollständig invertiert war, und wo der Lidrand über den Processus zygomaticus zog. Der Lidknorpel war durch Druck und Zug so rarefiziert, dafs er kaum mehr hervorragte. Die Patientin konnte einen kompleten Lidverschlufs begreiflicher Weise nicht erzielen. Die linke Hälfte der Oberlippe war so stark nach aufwärts gezogen, dafs die Schleimhaut sichtbar wurde, und die ganze linke Wange war von einer pergamentartigen Narbenhaut bedeckt, die sich von der Unterlage nicht loslösen liefs. Heute nach 25 Injektionen ist das Ektropium auf ein Viertel der damaligen Intensität zurückgegangen, der Lidverschlufs erfolgt bereits, die Oberlippe ist zur Norm zurückgebracht, und die früher straffe Narbe über dem Jochbogen ist weich und aufhebbar.

Nicht minder auffallend wird Ihnen die Nachgiebigkeit von Narben am Halse der Lupuspatienten sein, welche ehedem den Kopf kaum drehen, geschweige denn heben konnten, deren Beweglichkeit fast zur Norm zurückgekehrt ist.

Bei einem Mädchen mit Lupus der Finger waren einige derselben so verkrümmt, dafs die Nägel in die palma manus einwuchsen und von einer Streckung keine Rede sein konnte. Dieses Mädchen arbeitet heute

an einer Maschine und hat sich in dem Augenblicke der Behandlung entzogen, da sie wieder in den Gebrauch ihrer Hände gekommen war.

Ebenso bemerkenswert ist die Behebung der Verkürzung an einem Patienten, den ich Ihnen zeigen kann. Er hatte einen Lupus an der rechten unteren Extremität und dabei war sein Kniegelenk so kontrahiert, daſs es im Zustande der höchsten Streckung so ziemlich einen rechten Winkel bildete, wie ich an einer Moulage, die im Status der gröſstmöglichen Streckung von Dr. HENNING abgenommen wurde, nachweisen kann. Heute ist die Extremitat fast ganz streckbar, und wird sicherlich in kurzer Zeit zur Norm zurückgekehrt sein, wobei ich speziell noch glaube, erwähnen zu sollen, daſs keinerlei andere Hilfsmittel gleichzeitig in Verwendung gelangt waren. Die Herren Primare NEUSSER und MRAČEK haben sich bereit erklärt, die Richtigkeit dieser Thatsachen und meiner Angaben persönlich zu bekräftigen.

Eine dritte Reihe von günstigen Einwirkungen unserer Behandlungsmethode läſst sich von chronischen Drüsentumoren erwähnen. Die Reaktion geschwollener Drüsenpakete erfolgt ausnehmend rasch. Manchmal kann man schon nach einer einzigen Injektion eine merkliche Verkleinerung von Drüsen beobachten und fühlen, wie ein gröſseres Paket in zahlreiche isolierte Drüsentumoren zerfällt. Am promptesten erfolgt das stets bei Tuberkulösen und Scrophulösen, aber auch bei einem sonst gesund aussehenden Individuum haben wir ein Schwinden geschwollener Halsdrüsen beobachtet. Ob auch Drüsenschwellungen, die als Metastasen von malignen Neoplasmen aufzufassen sind, weichen, darüber kann ich Ihnen noch nicht Auskunft geben. Syphilitische Adenitiden scheinen dagegen von der günstigen Wirkung ausgeschlossen zu sein, wenigstens blieb sie in einem sehr eklatanten Falle von Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel aus, und war es eben dieser Widerstand, der uns zu genauerer Investigation veranlaſste, worauf wir ein chronisch ulzeröses Syphilid des Nasenrachenraumes fanden. Sollte sich diese Thatsache bewahrheiten, so wäre damit vielleicht ein differential-diagnostisches Mittel zwischen Drüsentumoren infolge von Syphilis einerseits und Tuberkulose und Scrophulose andererseits in die Hand gegeben.

Als vierter Punkt ist die gesteigerte Diurese zu erwähnen. Am Tage der Injektion pflegt sich im Beginne die Menge des ausgeschiedenen Harnes um 200 bis 500 ccm zu vermehren, wobei ich besonders erwähnen zu sollen glaube, daſs in keinem Falle sich irgendwelche unangenehme oder gar krankhafte Erscheinungen von seiten der Nieren einstellen, und dort, wo wir Harnanalysen vornehmen lieſsen, sich der Harn frei von Albumin und pathologischen Gebilden erwies. Bei fortgesetztem Gebrauche unserer Präparate nimmt diese Urinvermehrung wieder ab, offenbar dann, wenn die pathologischer

Weise angestauten Säfte bereits entfernt worden sind. Es ist nämlich eine ganz auffallende resorbierende Wirkung nicht zu verkennen und scheint aus mannigfachen Erscheinungen besonders das Lymphgefäfssystem dabei eine hervorragende Rolle zu spielen.

Dieser resorbierende Einflufs mag aber auch manche Nachteile bieten, welche besonders bei Lungenaffektionen zu berücksichtigen sind. Ich habe nämlich beobachtet, dafs manche Tuberkulöse, welche schon längere Zeit nicht mehr fieberten, nach einigen Injektionen wieder zu fiebern begannen. Freilich waren die mir zur Verfügung gestandenen Fälle noch sehr gering an Anzahl und alle von so hochgradiger Intensität gewesen, dafs die Möglichkeit einer zufälligen Coincidenz nicht von der Hand gewiesen werden darf. Bedenken wir aber, dafs wohl jeder Kranke, der mehrere Jahre an Lungentuberkulose gelitten hat, sicher auch von einer, wenn auch nur sehr partiellen Pneumonie oder Pleuritis befallen gewesen sein dürfte, dafs vielleicht irgendwo abgekapselte eingedickte Eiterherde vorhanden sind, deren Resorption durch die Injektionen angeregt wird, so ist ein Wiedereintritt von fieberhaften Temperatursteigerungen wohl leicht möglich. Genaues bin ich wegen der geringen Anzahl der bisher gemachten Beobachtungen zu berichten noch nicht in der Lage.

In einem Falle trat das Phänomen ein, dafs sehr heftige Nachtschweifse, welche den Patienten veranlafsten, 4—5 Mal in einer Nacht das Hemd zu wechseln, wesentlich nachliefsen. Ein Phänomen, welches auf mehrmalige Kontrollversuche stets mit der Vornahme der Injektion zusammenfiel.

Von hoher Wichtigkeit endlich ist die Euphorie, die mit fortgesetzter Injektionstherapie die Kranken befällt. Besonders auffallend ist eine beträchtliche Steigerung des Appetites, der sich bei allen Individuen mit einer kolossalen Regelmäfsigkeit eingestellt hat. Alle Kranken, die wir zu wiegen in der Lage waren, haben an Gewicht zugenommen und einen Fettansatz bekommen, der ihnen ehedem gefehlt hat.

Diese Thatsache allein liefert schon eine Gewähr für die vollkommene Gefahrlosigkeit unseres Verfahrens, und bedenkt man, dafs in allen Fällen die subkutanen Injektionen gut vertragen wurden, nicht ein einziger Abscefs, ja nicht einmal Schwellung und Rötung sich an der Injektionsstelle gezeigt haben, so ergiebt sich wohl die Unbedenklichkeit des Verfahrens auch nach dieser Seite hin. Freilich bedarf es einiger Genauigkeit und Vorsicht bei der Vornahme der Einspritzung, doch an diese sind wir ja jetzt mehr und mehr gewöhnt.

Obwohl nicht in eine Versammlung von Dermatologen gehörig, kann ich doch noch eine Wirkung nicht verschweigen, nämlich die auf Cornealtrübungen. Wir kamen zu dieser Kenntnis ganz zufällig.

Einer unserer Lupuspatienten hatte nach einem alten Pannus eine so beträchtliche Trübung der Cornea des rechten Auges, daſs er auf der Straſse achtgeben muſste, um nicht an die Leute anzurennen. Bei fortgesetzter Behandlung hellte sich der centrale Teil der Trübung so auf, daſs heute nichts mehr davon zu sehen ist; der Patient ist auch in der Lage, die Ziffern und Zeiger der ziemlich hoch angebrachten Uhr auf unserem Rathausturme zu sehen. Am Rande der Cornea besteht aber die Trübung noch fort und de facto ist es uns auch späterhin nur gelungen, leichtere Trübungen zu beheben, viele von ihnen vollkommen, viele wenigstens zum gröſsten Teile, wovon die Krankengeschichten des Rudolfsspitales Zeugnis abgeben.

Ich fühle mich verpflichtet, aber schon heute zu allergröſster Vorsicht in diesen Fällen zu mahnen, da man leicht Schädigungen noch florider Prozesse herbeizuführen vermag. Jedwede entzündliche Reizung der Cornea und Conjunctiva steigert sich nämlich wesentlich schon durch die erste Injektion uud bedarf wieder spezieller Behandlung, um rückgängig gemacht zu werden. Man soll also nur abgelaufene Fälle, oder doch nur solche in der angeführten Weise behandeln, bei denen eine Gefahr des Wiederauflebens der erst kürzlich beseitigten Entzündung ausgeschlossen scheint.

Weiteres will ich noch in Kürze berichten über einige pharmakodynamische Tierversuche. Ich injizierte einen 10 Kilo schweren Hund täglich einen Monat lang, mit einer Dosis, welche wir bereits für einen erwachsenen Menschen sehr wirksam gefunden haben, und über welche wir nur sehr selten hinauszugehen für nötig befunden hatten. Das Tier befand sich vollkommen wohl dabei, seine Freſslust steigerte sich aber schon in den ersten Tagen derart, daſs der Hund in einem Monat um 4 Kilo zunahm.

Weiters machte ich im Laboratorium des Herrn Prof. von Basch Versuche an kurarisierten Tieren, um die Einwirkung des Medikamentes auf das Herz zu studieren. Die Dosen waren dabei ganz übermäſsig hohe, das 10—20fache die Dosen übertreffend, die wir bei Menschen anwandten, wenn wir die respektiven Gewichte berücksichtigen, immer aber auch weit höhere als wir sie jemals in Gebrauch zogen. Wie Sie, meine Herren, aus den vorliegenden Kurven ersehen, ist der Blutdruck nur um eine Kleinigkeit gesunken, entsprechend der Menge Alkohol oder Äther in der das Medikament gelöst war, und die daher auch injiziert wurde. Auch von dieser Seite ist also keine Gefahr vorhanden.

Die Stoffe, um die es sich hier handelt, gehören zur Gruppe des Allylsulforcarbamides, oder äth. Senföles. Das Präparat, welches wir vorwiegend in Anwendung gezogen haben, war das Allylsulfocarbamid oder Thiosinamin.

Es wird gewonnen, indem man 2 Teile Allylsenföl mit 1 Teil absoluten Alkohol und 7 Teilen Salmiakgeist von 0·960 spez. Gew. bei 40 Grad erwärmt, und nach einigen Stunden im Wasserbade konzentriert. Dabei verschwindet sowohl der Senföl- wie der Ammoniakgeruch, und scheidet die Lösung beim Erkalten Krystalle von Thiosinamin oder Allylthioharnstoff aus.

Betrachten Sie nämlich die Formel des Harnstoffes



$$CO < {NH_2 \atop NH_2}$$

und die des Thiosinamins



$$CS < {NH.\ C_3\ H_5 \atop NH_2}$$

so werden Sie erkennen, dafs im Carboxyl der O durch S ersetzt wurde, und dafs an Stelle eines H in der Amingruppe das Allylradikal $C_3\ H_5$ eingetreten ist.

Wie bei allen Senfölpräparaten ist der Zusatz von Wasser zu vermeiden, wir konnten daher nur alkoholische oder ätherische Thiosinaminlösungen verwenden. Sie haben zwar den Nachteil, dafs sie unmittelbar bei der Applikation Brennen erzeugen, das ist aber von sehr kurzer Dauer, indem es stets unter 1 Minute währt, und war nie so heftig, dafs es ein Hindernis in der Fortsetzung der Injektionen abgegeben hätte.

Vielleicht werden aus der Gruppe der Senföle noch andere Präparate in Verwendung gezogen werden können, welche ähnliche Resultate liefern und möglicherweise wird uns dann durch die Unterstützung der Chemiker ein neues Feld für unsere Thätigkeit eröffnet. Wir selbst benutzten auch noch ein Phenylallylsulfocarbamid, das aber schon den Nachteil hat, dafs es nur in 5%iger Konzentration in Äther löslich ist, daher nicht in so grofser Menge angewandt werden kann, wie das Thiosinamin, das sich schon in Alkohol mit 20% löst.

Wie schon meine Eingangsworte bezeugen, habe ich noch gar nicht die Absicht gehabt, eine erschöpfende Darstellung der Heilungs- und Wirkungsweise der Thiosinaminlösungen zu liefern; ich weifs selbst am besten, welche Lücken meine Versuche noch aufweisen. So fehlt noch die histologische Untersuchung der Gewebsteile während der Reaktion und nach längerer Behandlung, es fehlt die Kenntnis der Einwirkung auf bazilläre Elemente, es sind noch viele biochemische Fragen zu lösen. Ich hoffe, ich werde noch manches selbst zur Klärung beitragen können, und wenn ich mich entschlossen habe, mit diesem Torso vor Sie hinzutreten, so geschah es in der Hoffnung, dadurch vielleicht geeignetere Bedingungen für die Fortsetzung meiner nun schon zweijährigen Arbeit zu erzielen. Als Resumé derselben läfst sich Folgendes konstatieren:

Ich liefere Ihnen im Thiosinamin ein krystallinisches,

chemisch bekanntes Produkt von konstanter Zusammensetzung, das bei geeigneter subkutaner Applikation lokale Reaktion ohne Mitbeteiligung des Gesamtorganismus hervorruft;

das auf das Lupusgewebe in günstiger Weise einwirkt;

welches Narbengewebe so sehr erweicht und flexibel macht, daſs die verschiedensten vorhanden gewesenen Störungen beseitigt werden;

dem eine intensive Wirkung auf Verkleinerung von Drüsentumoren innewohnt;

welches auf Cornealtrübungen aufhellend wirkt

und welches die Resorption in die Gewebe gesetzter Exsudate begünstigt.

Ich kann aber nicht schlieſsen, ohne meinem langjährigen Assistenten Herrn Dr. S. Kohn meinen wärmsten Dank für seine Mitwirkung auszusprechen. Trotz seiner amtsärztlichen Thätigkeit als Armenarzt, trotz seiner eigenen ausgebreiteten Praxis, neben seiner Wirksamkeit an der allgemeinen Poliklinik, an der er nun schon seit 15 Jahren sein humanes Werk unentgeltlich fortsetzt und zum Heile der armen leidenden Menschheit segensreich wirkt, hat er immer noch Zeit gefunden, mich in meiner mit Mühseligkeiten aller Art verbundenen Arbeit zu unterstützen und in den Fällen meiner Abwesenheit Versuche und Untersuchungen fortgesetzt, die nicht unterbrochen werden durften.

Versammlungen.

II. Internationaler Dermatologischer Kongreſs in Wien vom 5. bis 10. September 1892.

Originalbericht

von

Dr. med. Carl Berliner
in Aachen.

Dem Rufe zur Teilnahme an dem Zweiten internationalen Dermatologischen Kongresse haben nahezu 300 Dermatologen des In- und des Auslandes Folge geleistet. Es war Wien, das sie rief, die Wiege der Dermatologie, die Stätte, an der Skoda, Oppolzer, Rokitansky, Hebra gelebt und gewirkt haben; und freudigen Herzens sind sie hingeeilt, um einen Akt der Pflicht, der Dankbarkeit, der Ehrfurcht gegen diejenigen Männer zu bethätigen, von welchen sie direkt und indirekt gelernt und geschöpft haben. —

Das Gelingen des Kongresses war angesichts der regen Beteiligung und der umsichtig getroffenen Vorbereitungen von vornherein gesichert. Wer das Vergnügen gehabt hat, dem Kongresse als Mitglied beizuwohnen, wird die schönen Tage in Wien niemals vergessen. —

Wir können nicht umhin, dem ausgezeichneten Organisations-Komitee, an seiner Spitze dem Präsidenten, Herrn Prof. KAPOSI, insbesondere auch dem rührigen General-Sekretär Herrn Dr. RIEHL für all das, was wir gesehen und gehört, für all das, was wir gelernt und genossen haben, unseren herzlichsten Dank an dieser Stelle abzustatten.

Eröffnungs-Sitzung.

Montag, den 5. September, vorm. 9 Uhr.

Präsident Prof. KAPOSI begrüſst namens des Organisationskomitees die Teilnehmer des Kongresses und dankt denselben, daſs sie in so ansehnlicher Zahl der Einladung gefolgt sind und durch ihr Erscheinen das Komitee von einer bangen, unter der Beunruhigung der letzten Tage entstandenen Besorgnis, ob das Werk auch gelingen könnte, befreit haben. Der I. internationale dermatologische Kongreſs verdankte seinen unbestrittenen groſsen Erfolg der Attraktionskraft, welche die Weltstadt Paris von jeher und im Jahre 1889 durch die Weltausstellung in erhöhtem Maſse auf den Fremden ausübte, vor allem dem traditionellen Ruhm des Hôpital St. Louis mit seinem immensen Krankenmateriale und seinen ausgezeichneten Lehrern; endlich dem Zauber des zum Sitzungssaale gewordenen Musée de l'Hôspital St. Louis, das mit seinen aus den Meisterwerken BARETTAS geschaffenen Rahmen das physische und geistige Auge des Anwesenden unablässig anzog und festhielt.

Mehr subjektive Momente sind es, welche auf einen guten Besuch des II. internationalen dermatologischen Kongresses in Wien schliefsen lieſsen:

„Die Sehnsucht vieler, die Stätte zu betreten, die der Genius FERDINAND HEBRAS durch sein segensreiches, intellektuelles und praktisches Wirken für alle Zeiten geweiht, die Pietät und Dankbarkeit der Zahlreichen, die an dieser Schule ihr dermatologisches Wissen und Können geholt uud bereichert; die Begierde, zu schauen, wie die Epigonen des groſsen Meisters und Lehrers dessen geistige Hinterlassenschaft verwalten und zu mehren bestrebt sind; die Hoffnung endlich, an dem ansehnlichen Krankenmateriale der Wiener Kliniken und Abteilungen manche Bereicherung ihrer Erfahrung zu finden und vielleicht auch die Beweiskraft zu erproben für manche hierorts geltend gemachte besondere Lehrmeinungen und Anschauungen."

Redner drückt in französischer Sprache seine volle Befriedigung aus über die Anwesenheit so zahlreich glänzender Vertreter des Faches aus Frankreich, unter ihnen des Doyen der Dermatologen, des hochverehrten Prof. HARDY, und über die reiche Beschickung der Ausstellung seitens des Musée de l'Hôpital St. Louis. — In englischer Sprache begrüſst der Präsident die Kollegen aus dem Stammlande der Dermatologie, der Heimat WILLANS und BATEMANS, die Kollegen aus den Vereinigten Staaten von Nordamerika und nochmals in französischer Sprache die Herren aus dem Heimatlande MORGAGNIS, aus Belgien und Holland, aus Ruſsland, Dänemark, aus Schweden und Norwegen, dem Lande BOECKS und DANIELSSENS, aus Griechenland, Rumänien, Serbien, Bulgarien, aus Ägypten, Südamerika, welche die Mühe der weiten Reise nicht gescheut, um ihr Wissen zu bereichern und die Schätze ihrer Erfahrungen mitzubringen, und heiſst alle, alle herzlichst willkommen.

Besonderen Dank stattet Redner den Kollegen aus dem Deutschen Reiche, insbesondere der deutschen dermatologischen Gesellschaft für ihr zahlreiches Erscheinen und für ihre Unterstützung ab. Nach einigen herzlichen Worten des Dankes, gerichtet an die Mitglieder des Organisations-Komitees und an die Aussteller, erklärt der Vorsitzende den II. internationalen dermatologischen Kongress für eröffnet.

Es folgen die Begrüſsungsreden seitens des Vertreters des Unterrichtsministeriums Dr. Ritter, des Stadtrates Dr. Stenzl, des Rektors der Universität Hofrat Ludwig. „Rektor und Senat seien hocherfreut, die Dermatologen zu ihren Beratungen bei sich beherbergen zu können, und wünschen ihren Beratungen vollen Erfolg im Interesse der Wissenschaft und der Menschheit."

In gleicher Weise begrüſst dann noch Prof. Neumann namens der Wiener dermatologischen Gesellschaft die Kongreſsmitglieder, worauf die Wahl des Bureaus vorgenommen wurde.

Zum Ehrenpräsidenten wird Prof. Hardy-Paris ernannt. Derselbe ergreift unter groſsem Beifalle der Anwesenden das Wort zu seinem Vortrage: **„Coup d'oeil sur l'état actuel de la dermatologie."**

Redner wirft einen Rückblick auf die Entwickelung der Dermatologie von ihren bescheidenen und naiven Anfängen am Ende des vorigen Jahrhunderts bis zur Gegenwart. Von einer wissenschaftlichen Dermatologie kann erst mit der Gründung der Schule von St. Louis, an der Cazenave, Bazin, Gibert, Devergie u. a. wirkten, gesprochen werden. Mit Erasmus Wilson und Ferdinand Hebra beginnt die Zeit der anatomischen Forschung; es wird der Ätiologie der Hautkrankheiten besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Äuſsere, irritative Momente sollten es vorzüglich sein, welche die Hautaffektionen hervorriefen, während die Pariser Schule bei voller Würdigung Hebras auf die inneren Vorgänge das gröſsere Gewicht legte. Diese differierenden Meinungen haben sich im letzten Jahrzehnt mehr und mehr ausgeglichen, seit die pathologischen Hautveränderungen den exakten Untersuchungsmethoden der Histologie, der Bakteriologie, der Biochemie und Biophysik zugänglich gemacht worden sind. Die von auſsen wie die von innen wirkenden Reize sind in vielen Fällen klarer gestellt und derart voneinander geschieden worden, daſs die Verständigung darüber zwischen den Pariser und Wiener Dermatologen wesentlich erleichtert wurde. Die eingehende klinische Beobachtung durch vorzügliche Abbildungen, insbesondere durch die ausgezeichneten plastischen Moulages unterstützt, hat namentlich in Frankreich dazu geführt, viele als einheitlich geltende Krankheitsspezies in Unterabteilungen zu scheiden; bei vielen, die früher unter einem Gesichtspunkte betrachtet wurden, stellte es sich heraus, daſs sie einesteils parasitär, anderenteils auf nervöse Einflüsse zurückzuführen sind. Damit wurden neue, durch einen bestimmten Symptomenkomplex wohl charakterisierte Krankheiten beschrieben, die den älteren Autoren gänzlich unbekannt waren. Mit den Fortschritten der ätiologischen, klinischen, histologischen Erkenntnis der Hautkrankheiten hat die Therapie gleichen Schritt gehalten und vorher ungeahnte Erfolge erzielt.

Von dem weiteren Ineinandergreifen der internationalen Forschung erhofft Hardy eine weitere gedeihliche Entwickelung der Dermatologie zum Wohle der Menschheit.

Lebhafter Beifall begleitete die Schluſsworte des greisen, ehrwürdigen Hardy.

Es steht zunächst auf der Tagesordnung das Referat: **Über den gegenwärtigen Stand der Lepra in Europa.**

Beide Referenten, Arning-Hamburg und Petersen-Petersburg, sind abwesend. Für ersteren verliest Riehl-Wien das eingesandte Manuskript, dessen wesentlichster Inhalt folgender ist:

Mehr als ein halbes Jahrhundert sind seit DANIELSSENS und BOECKS Arbeiten über die Lepra verflossen. HANSENS Entdeckung des Leprabacillus und sein Studium durch NEISSER, die grofsen Umwälzungen, welche die bakteriologische Forschung und die verbesserte mikroskopische Technik auf allen Zweigen der Medizin geschaffen, haben zu erneuten, eifrigen Studien der Lepra geführt. Manche an die Entdeckung geknüpften Hoffnungen auf eine endliche Lösung der verwickelten Leprafragen und auf eine erfolgreiche Therapie sind zu Grabe getragen worden. Die ärztliche Kunst ist nach wie vor machtlos gegen die Krankheit, und gerade die wichtigsten Punkte der Leprafrage harren noch ihrer Entscheidung. Eine Übereinstimmung ist jedoch dahin erzielt worden:

1. Dafs die Lepra eine dem menschlichen Organismus eigentümliche und in ihrer Verbreitung von der Verbreitung des leprös erkrankten Menschen abhängige bacilläre Erkrankung ist.

2. Dafs die Krankheit nicht nur in ihrer Ätiologie und ihren Symptomen, sondern auch in den Abstufungen ihrer Virulenz und in ihrer fast stets fatalen Prognose überall die gleiche ist und zu allen Zeiten die gleiche gewesen ist.

Da die tropischen Formen der Lepra nicht anders geartet sind als solche, welche in unserer unmittelbaren Nähe, beispielsweise in Norwegen, entstehen, so wäre es eine dankenswerte Aufgabe des jetzt tagenden Kongresses, durch diesbezügliche Beschlüsse eine Anregung zu geben, dafs dem augenblicklichen Stande der Lepra in Europa erneute Aufmerksamkeit gewidmet und ständige Kontrolle zugewandt werde. Unabhängig von der Behandlung des vorliegenden Themas sind die differierenden Meinungen bezüglich der Heredität und des Kontagiums. Die Vertreter beider Ansichten sind darin einig, dafs die Lepra eine vom Menschen abhängige Infektionskrankheit ist, und dafs jeder einzelne Lepröse den Ausgangspunkt eines neuen Lepraherdes abgeben kann. Wenn auch unter den jetzigen sanitären Mafsnahmen nicht zu befürchten sei, dafs wieder der ganze Kontinent, wie im 11.—15. Jahrhundert, von der Lepra heimgesucht werde, so ist es doch notorisch, dafs die Lepra neuerlich Fortschritte in Europa gemacht und an Orten sich anzusiedeln scheint, wo dieselbe vorher unbekannt war. Eine Abnahme zeigt sich nur dort, wo eine rigorose Absonderung der Leprösen durchgeführt wird. In den überseeischen Ländern hat die Lepra thatsächlich enorm zugenommen. Mit der Steigerung des Weltverkehrs wächst auch die Gefahr der Einschleppung, der Übertragung, der Weiterverbreitung in Europa. Deshalb ist es geboten, dafs auch die europäischen Sanitätsbehörden der Lepra volle Aufmerksamkeit zuwenden, dafs die Studierenden der Medizin besser als bisher über das Wesen und die Symptome der Krankheit unterrichtet werden, und dafs eine genaue Statistik der bestehenden Fälle geführt werde. Bei einer von den europäischen Regierungen gemeinsam anzubahnenden Enquête wären folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

1. Stellen die betreffenden Fälle einen alten Seuchenherd dar?
   a) Ist dieser Herd im allmählichen Aussterben oder hält er sich konstant an Zahl und Ausdehnung oder breitet er sich gar aus?
   b) Läfst sich in solchen Herden ein vorzugsweises Befallensein einer bestimmten Nationalität oder Rasse nachweisen?
2. Handelt es sich bei den betreffenden Fällen um neu importierte?
   a) Sind diese Fälle aus bestehenden europäischen oder aufsereuropäischen Herden eingeführt?
   b) Ist eine Verbreitung von derartigen importierten Fällen aus zu konstatieren?

3. Welche sanitären Maſsregeln sind gegen die Lepra von den betreffenden Regierungen ergriffen worden und wie bewähren sich dieselben?

Redner giebt einen kurzen Überblick über die in Europa vorkommenden Leprafälle.

Die Zahl der endemischen Leprafälle allein der westlichen Hälfte Europas beträgt ungefähr 3000. — Hiervon kommen auf Norwegen 1200, auf Spanien etwa ebensoviel, auf Portugal 300, Sizilien etwa 100, Frankreich und Nord-Italien zusammen etwa 100, Malta 70, Island etwa 100. Hierzu treten diejenigen Fälle, welche aus fernen Lepraländern infiziert nach Europa zurückkommen.

Die Zahl der Leprösen, welche beispielsweise in Hamburg sich augenblicklich aufhalten, taxiert A. auf 10—15. Von Interesse ist es, zu konstatieren, daſs Jonathan Hutchinson auf Grund langjähriger Erfahrungen den Ausspruch that, daſs er von solch importierten Fällen aus niemals eine Infektion hat ausgehen sehen. — Manche Erfahrungen lehren, daſs die Krankheit in dünn bevölkerten Gegenden, wo die sanitären Maſsnahmen der gröſseren Städte nicht bestehen, sich heimisch fühlt. — In einem kleinen Gebiete bei **Memel**, dicht an der Grenze der russischen Ostseeprovinzen, befänden sich seit einem Dezennium als ein neuer endemischer Lepraherd innerhalb des Deutschen Reiches eine Reihe von autochthonen Fällen, die sämtlich der schweren, tuberösen Form angehören, welche bekanntlich gerade in neuen Lepraherden die typische ist, während die Nervenlepra dort zu überwiegen scheint, wo die Krankheit schon lange gewütet und vielleicht einen Teil ihrer Virulenz eingebüſst hat. — Eine derartige Anhäufung von Fällen auf einem ganz beschränkten, vorher leprafreien Gebiete fordert dringend dazu auf, daſs energische Maſsregeln ergriffen werden, um dem weiteren Umsichgreifen der Krankheit Einhalt zu thun.

Redner stellt am Schlusse seines Vortrages folgende Thesen zur Diskussion:

1. Die Lepra ist eine speziell auf den Menschen beschränkte chronische Infektionskrankheit, die durch Bacillus leprae mittelbar und unmittelbar übertragbar ist.

2. Die Bedeutung dieser Krankheit darf auch für Europa nicht unterschätzt werden.

3. Neben alten europäischen Herden sind innerhalb der letzten Decennien neue endemische Centren in Europa aufgetreten.

4. Die Bedingungen für das Bestehen und Entstehen lepröser Endemien lassen sich nicht genau feststellen. Schlechte sanitäre Verhältnisse sind ebenso wenig ausschlieſslich verantwortlich zu machen, wie irgend eine bestimmte Ernährungsweise.

5. Berücksichtigung verdient besonders die Nationalität der Fälle, die Zunahme und Abnahme der Erkrankungszahl und eine eventuelle periphere Verbreitung des ursprünglichen Herdes.

6. In den von endemischer Lepra freien Teilen Europas müssen die aus diesen alten europäischen und aus auſsereuropäischen Seucheherden einwandernden Leprösen sanitätspolizeilich registriert und in Bezug auf ihre Nationalität, ihre Familienverhältnisse und ihren Aufenthalt kontrolliert werden. Eine solche Kontrolle sollte möglichst international geführt werden.

7. Erst wenn die Krankheit sich verbreitet und endemischen Charakter zeigt, erscheint eine energisch durchgeführte Segregation der Erkrankten ein sanitäres Erfordernis. Eine solche Absperrung muſs auch in den alten Lepra-Herden durchgeführt werden.

8. Nur eine solche Segregation ist im stande, in verhältnismäſsig kurzer Zeit die Zahl der Erkrankungen bedeutend herabzusetzen, eventuell die Seuche zum Erlöschen zu bringen.

Prof. PETERSEN-Petersburg, der über die Lepra in Rufsland, namentlich den russischen Ostseeprovinzen sprechen sollte, ist aus unbekannten Gründen nicht erschienen.

Diskussion.

Prof. KALINDERO-Bukarest berichtet über **Lepra auf der Balkanhalbinsel.** Redner steht auf dem Standpunkte der Kontagiosität, ohne die Heredität zu leugnen.

Um die Diagnose schnell festzustellen, sei zu empfehlen, einen Vesicator auf die Haut zu legen und den Inhalt der entstehenden Blase bakteriologisch auf Bacillen zu untersuchen. Therapeutisch hat K. mit rohem Petroleum innerlich und äufserlich bessere Erfolge erzielt als mit anderen Mitteln.

Prof. NEUMANN-Wien macht die für die österreichischen Verhältnisse interessante Mitteilung, dafs **Leprafälle in Bosnien** und der **Herzegowina** vorkämen.

Prof. KÖBNER-Berlin tritt der Ansicht ARNINGS entgegen, dafs die Nervenlepra nur oder fast allein dort auftrete, wo sie alt eingesessen sei, die tuberöse oder besser nodöse Form aber in Gegenden mit frisch importiertem Aussatze vorkomme. K. sei in der Lage, auf Grund von Reisestudien, die er an der italienischen Riviera gemacht, im Gegensatze zu ARNING es als zweifellos hinzustellen, dafs gerade in den älteren Keimstätten der Lepra die tuberöse Form mit Vorliebe auftritt, die nervöse aber unbekannt ist. — Redner stimmt mit HUTCHINSON bezüglich der von ihm betonten Nicht-Übertragung der Lepra seitens einzelner, importierter Fälle nicht überein und teilt hierfür einen Krankheitsfall mit, der auch gleichzeitig eine der Bedingungen aufweist, unter welchen ein gesunder Mensch im stande sei, Lepra zu acquirieren. Es handelt sich um einen Photographen, der Lepröse photographierte und 11 Jahre lang den Kontakt mit den Patienten ohne Schaden ertrug. Infolge einer kallösen Harnröhrenstriktur und des nach der Zerreifsung seiner Striktur entstandenen Urethralfiebers litt seine Allgemeinernährung aufserordentlich. Einige Monate später bekam er die Lepra, die anfangs als Syphilis behandelt wurde. Der Kranke kam später nach Europa in die Behandlung KÖBNERS, wurde 1½ Jahre mit salicylsaurem Natron behandelt. Er zeigte die fleckige anästhetische Form, später entstand eine Zahl von ulcerierenden Knoten auf der Haut und den Schleimhäuten, speziell am Palatum molle und im Larynx. Der Patient setzte seine ehelichen Pflichten fort, war Vater von 4 Kindern. Keins seiner Familienmitglieder ist seit 10 Jahren angesteckt. Man mufs angesichts dieses Falles eine Prädisposition für Lepra annehmen. — Redner spricht sich gegen die Fischesser-Lepra HUTCHINSONS aus. —

Prof. CAMPANA-Genua berichtet **über einen mit dem Leprabacillus identischen Organismus.**

Verfasser hat mit vielen Kulturversuchen neue Resultate erzielt. Nach der anaeroben Kulturmethode hat C. Kulturversuche mit dem Bacillus gemacht und hier sich sehr charakteristische Kolonieen entwickeln sehen, die keiner der C. bekannten Formen anaerober Kulturen ähnlich sah. Der Bacillus, der sich entwickelt, gleicht morphologisch und auch in der Anordnung dem Leprabacillus. Er bildet geradlinige oder gekrümmte Stäbchen, die oft ein wenig kürzer sind als die Tuberkelbacillen und 2 oder 3 hervorragende Pünktchen im Protoplasma haben, die sich bei der Behandlung mit den gewöhnlichen Färbemitteln intensiver färben, als das übrige Protoplasma des Bacillus. — Sie nehmen keine Doppelfärbung an, wenn nach der EHRLICHschen Methode behandelt, die ja sonst Vorzügliches leistet. Besagter Bacillus hat sich in 7 in Agar-Agar (vermischt mit Pepton, Bouillon und 3% Traubenzucker) ausgeführten Kulturen entwickelt, dagegen hat er sich in keinem flüssigen Nährmittel entwickelt. Besagter Mikroorganismus entwickelt sich zwischen dem siebenten und neunten Tage unter der Form einer leichten, linearen Trübung in der unteren Hälfte

oder den unteren zwei Dritteln des in einem gewöhnlichen Gläschen verschlossenen Nährbodens. Nach 2—3 Tagen wird diese Trübung von einer fadenförmigen zu einer etwas dichten und dickeren, und erscheint bei aufmerksamer Prüfung als aus lauter kleinen Knospen bestehend, welche sich in Reihen anordnen, so dafs sie mehrere schleimartige Schichten bilden, die um einige Millimeter und in etwas schräger Richtung vom Zentrum nach der Peripherie vorrücken. Diese Kultur hat morphologisch betrachtet kein Seitenstück in anderen Kulturformen anaerober Bacillen.

Wird die Dichtigkeit des Nährbodens des genannten Bacillus verändert, dann entwickelt er sich nicht in gruppenartigen Kolonien, wie oben beschrieben, sondern es bilden sich zahlreiche Kügelchen, fast alle von der gleichen Gröfse, nur dafs dieselben zahlreicher und kleiner im oberen Teile, weniger zahlreich und gröfser dagegen im unteren Teile des Gläschens sind. — Schmilzt man bei nicht hoher Temperatur die Masse des Kulturbodens und schüttelt dann die flüssige Masse hin und her, dann werden die Keime, welche das schöne Bändchen einer ganzen Kultur dieses Mikroorganismus bilden, in der ganzen flüssigen Masse zerstreut. Läfst man den Kulturboden wieder erstarren und untersucht ihn nach einigen Tagen, so sieht man in demselben zerstreut zahlreiche Kügelchen, punkt- bis hirsekorngrofse oder noch gröfsere. Läfst man die Kultur einige Monate am Leben, so gewahrt man unter diesen Kügelchen einige, die fast so grofs sind wie ein Pfefferkorn, d. h. einen Durchmesser von 1—1½ mm haben. Diese Kügelchen sind vollkommen rund, und macht man aus einem derselben ein mikroskopisches Präparat mittelst Zusammendrückens, so sieht man, dafs die kolonienbildenden Bacillen hauptsächlich in Gruppen von parallelen Bacillenreihen vereinigt sind, welche Gruppen sich sodann strahlenförmig anordnen. Diese Kügelchenbildung rührt her von der Vermehrung der Parasiten nach allen Richtungen hin.

Auch die dünnen und zarten Schleier der Stichkulturen stellen Myriaden solcher Kügelchen dar; da es ihnen an Nahrung und Platz fehlt, so bilden sie sich nur in kompakten Massen. Diese Kügelchen bilden sich besser dort, wo sie weniger zahlreich sind, als auf dem Boden eines Gläschens, und ihre Zunahme steht im umgekehrten Verhältnisse zur Tiefe, in der sie gelagert sind. Dichtes Zusammengedrängtsein hindert die Entwickelung der Keime.

Die Oberfläche eines jeden Kügelchens ist glatt und regelmäfsig.

Der Bacillus ist für Kaninchen, Hühner und Meerschweinchen, Schafe nicht pathogen. Er erzeugt kein reizendes Produkt, wenn der Siedehitze, Maceration unterworfen, sei es, dafs man die filtrierte Flüssigkeit, sei es, dafs man die lebenden oder toten Keime injiziert. Darin ist sein Verhalten das gleiche, wie das des Leprabacillus im menschlichen Gewebe.

---

2. Sitzung, den 6. September 1892.

Vorsitzender: Herr Jonathan Hutchinson, London.

Herr Neumann-Wien: **Über die Spätformen der Syphilis.** Die Pathogenese der tertiären Syphilis bildete fast auf allen Fachkongressen einen der wichtigsten Programmpunkte, ohne dafs es bisher gelungen wäre, in allen Details Klarheit zu erlangen. Die Fortschritte in der Auffassung der Infektionskrankheiten sind auch für die theoretischen Anschauungen bezüglich der Ätiologie der tertiären Syphilis nicht ohne Einflufs geblieben.

Es steht fest, dafs es häufig äufsere Verhältnisse sind, welche das Entstehen der tertiären Syphilis begünstigen, so Not und Entbehrungen, schlechte Wohnung, un-

genügende oder schlecht durchgeführte Behandlung, ferner das Vorhandensein konstitutioneller Erkrankungen, wie Tuberkulose, Malaria, Scorbut und Diabetes. Von Einfluſs sind auſserdem Morbus Brightii und chronischer Alkoholismus.

Es unterliegt gewiſs keinem Zweifel, daſs die Manifestationen der tertiären Syphilis im Sinne Virchows als Metastasen aufzufassen sind. Sowohl klinische Beobachtungen, wie genaue anatomische Untersuchungen haben ergeben, daſs gewisse pathologische, aus dem recenten Stadium in den Geweben verbliebene Residuen zur Entstehung der tertiären Syphilis führen. Die durch die Syphilis gesetzten Veränderungen sind eben nicht ephemeren Charakters, und es bedarf zur Resorption dieser Krankheitsprodukte oft unverhältnismäſsig langer Zeitabschnitte. Daher lokalisiert sich die Spätsyphilis häufig an denselben Stellen, woselbst sie im recenten Stadium gesessen hat. So haben Haslund, Leloir und andere Autoren kutane Gummata sich dort entwickeln sehen, wo im sekundären Stadium recidivierende Papeln vorhanden gewesen waren. Nach den Untersuchungen des Vortragenden ist es zweifellos, daſs die tertiäre Syphilis in der Regel lokale Herde darstellt als Überbleibsel von aus dem recenten Stadium stammenden Exsudaten. Hierbei mag es sich auch um chemische Gewebsalterationen, die auf den Lebensprozeſs der spezifischen Erreger zurückzuführen sind, auf die Stoffwechselprodukte der Bakterien oder auf die Ptomaine im Sinne von L. Brieger handeln. Untersuchungen des Blutes von Konried und Rille angestellt, haben kein greifbares Resultat in dieser Richtung ergeben. Der Blutbefund im tertiären Stadium kommt dem der Sekundärperiode ziemlich nahe. Man findet konstant den Hämoglobingehalt herabgesetzt, ferner eine Verminderung der roten, Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen. Erhebliche Grade erreichen diese Alterationen bei der sog. perniciösen Anämie der Syphilitiker.

N. giebt im folgenden einige statistische Daten aus seiner Klinik. Von ca. 10000 behandelten Syphilisfällen waren etwa 7% tertiär. Von diesen fielen weitaus die meisten in das 2.—10. Jahr nach der Infektion; bei einigen wenigen waren 20, 30, 40 Jahre seit der Infektion verstrichen. — Was das Lebensalter betrifft, so fallen die meisten Fälle zwischen das 30.—40. Jahr. Ihrer Berufsthätigkeit nach sind die Patienten meist Arbeiter, die in schlechten äuſseren Verhältnissen lebten. Unter 361 Weibern waren nur 16 Prostituierte. Nahezu ²/₃ der Patienten waren bis zum Auftreten der tertiären Erscheinungen überhaupt nicht, andere nur in ungenügendem Maſse behandelt worden.

Der Form nach waren die Affektionen der Haut am zahlreichsten, weniger häufig die Affektionen der Knochen: in sehr geringen Fällen zeigten sich Symptome von Eingeweidesyphilis oder von Syphilis des centralen und peripheren Nervensystems, wahrscheinlich deshalb, weil derartige Fälle der internen Klinik zugewiesen werden.

Vortragender bespricht sodann Fälle von endemischer Syphilis, wie er sie in Norwegen unter der Bezeichnung „Radesyge", in Dalmatien als „Skerljevo" und in gröſserer Zahl in Bosnien und der Herzegowina als „Frenjak" beobachtet hat. Bei den letzteren Fällen handelt es sich um eine, die breitesten Schichten der Landesbewohner befallende Volkskrankheit mit schweren Tertiärsymptomen. Die Krankheit überträgt sich von Geschlecht zu Geschlecht nicht auf genitalem Wege, sondern durch Vererbung. Es fragt sich, ob man es in diesen Fällen mit einer gewöhnlichen Syphilis oder mit der sog. Syphilis hereditaria tarda zu thun habe. Fournier definiert die letztere als Gesamtheit syphilitischer Affektionen, welche, von hereditärer Infektion herstammend, in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Alter auftritt, und unterscheidet die Syphilis hereditaria tarda von der Syphilis hereditaria praecox, deren Symptome bis zum 3. Lebens-

jahre in Erscheinung treten. Die äufserste Grenze für die Syphilis hereditaria tarda ist nach FOURNIER das 28. Lebensjahr, während RICORD und MAURIAC ein noch höheres Alter als Grenze annehmen. Andere Autoren postulieren für die Syphilis hereditaria tarda die Abwesenheit luetischer Symptome während der ersten Jahre, während welcher das Virus im Organismus latent ist.

Um eine solche Syphilis hereditaria tarda zu diagnostizieren, sind folgende zwei Fragen zu beantworten:

1. Giebt es Hülfsmittel anamnestischer Art?
2. Hat man objektive Symptome, und welcher Art sind dieselben, die diese Diagnose ermöglichen?

Die erste Frage darf bejaht werden. Bedingung ist, dafs die Eltern oder eines von beiden zur Zeit der Zeugung sicher syphiliskrank gewesen sind, und dafs das betreffende hereditär-luetische Kind bestimmt keine spezifischen Erscheinungen gezeigt hat. Dies zu erurieren, wird nicht leicht sein. Einen Anhaltspunkt hat man jedoch in der Polyletalität der Nachkommenschaft.

Objektive Symptome der Syphilis hereditaria tarda sind Zurückgebliebensein solcher Individuen in der Entwickelung, zarter Knochenbau, schlecht entwickelte Muskulatur, mangelhaft ausgebildete Geschlechtsorgane und Brüste, endlich die verlangsamte geistige Entwickelung. FOURNIER bezeichnet diesen Symptomenkomplex mit Infantilismus. Die als charakteristisch angegebenen Knochenaffektionen, ebenso eine Anzahl von Hirn- und Rückenmarksstörungen sind nicht sicher beweisend für Syphilis hereditaria tarda, oftmals nicht einmal für Syphilis überhaupt. Ebenso steht es mit den Erscheinungen seitens der Haut und der inneren Organe. Es giebt also keinerlei objektive Merkmale, die an sich zur Diagnose der Syphilis hereditaria tarda genügen würden; erst das Gesamtbild derselben, die Berücksichtigung des Habitus, der anamnesischen Angaben, die habituellen Aborte oder früher Tod der Geschwister werden die Diagnose stützen.

Vom theoretischen Standpunkte aus kann man sich wohl denken, dafs die von den Eltern ererbte Syphilis hereditaria tarda ebensolange Zeit latent bleiben kann, wie die acquirierte Syphilis noch nach Jahrzehnten als tertiäre erscheint.

N. erörtert die Frage, ob die in Dalmatien, Bosnien u. s. w. vorkommende, so stark verbreitete endemische Syphilis eine hereditaria tarda oder eine gewöhnliche intra vitam acquirierte sei. Da N. nur selten bei den Syphilispatienten in Dalmatien und Bosnien den für die Syphilis hereditaria tarda geltend gemachten Infantilismus beobachtet hat, so glaubt er auch nicht, die dort herrschende, häufig unter den schwersten tertiären Symptomen verlaufende, endemische Syphilis als eine hereditaria tarda ansehen zu müssen, ohne deshalb zu leugnen, dafs auch Fälle der letzteren Form dort sich vorfinden.

Dafs eine erbliche Übertragung der Syphilis von den Grofseltern auf die Enkel und sogar auf noch spätere Generationen vorkomme, ist bislang nicht bewiesen worden.

Diskussion.

Herr ROMNICEANO-Bukarest: **De différentes formes de Syphilis infantile, observées à l'hôpital des enfants depuis l'année 1874 à 1892.**

Die Syphilis ist eine der häufigsten Krankheiten, welche das Kindesalter befällt, und mit jedem Jahre mehrt sich die Zahl derartiger Krankheitsfälle, von denen Vortragender innerhalb von 17 Jahren 723 beobachtet hat. Unter diesen sind 390 Knaben und 333 Mädchen, woraus erhellt, dafs beide Geschlechter ziemlich gleichmäfsig von der Krankheit betroffen werden.

Die gröfste Zahl der Fälle kommen im zartesten Kindesalter vor, besonders

zwischen dem ersten bis vierten Lebensmonate. Doch setzt die Syphilis auch schon gleich am Ende der ersten Woche nach der Geburt ein. Einzelne Kinder zeigten bei der Geburt die für hereditäre Syphilis so charakteristischen greisenhaften Gesichtszüge, aufserdem Eruptionen auf der Haut, wie Blasen, Papeln, Schleimhautplaques. Vielfach starben die Kinder nach kurzer Lebensfrist an einer Broncho-Pneumonie. — In anderen Fällen befanden sich die Kinder in einem leidlich zufriedenstellenden Gesundheitszustande. Die ersten Eruptionen zeigten sich erst 15—60 Tage nach der Geburt. Aber auch bei diesen war die Broncho-Pneumonie eine der häufigsten Todesursachen, und bei den geheilten Fällen nahm die Broncho-Pneumonie einen viel schwereren und längeren Verlauf als bei nicht-syphilitischen Kindern.

Beinahe in allen Fällen ohne Ausnahme begann die hereditäre Syphilis mit Coryza. In einem einzigen Falle, bei welchem beide Eltern syphilitisch waren, leitete sich die Krankheit durch eine Enteritis ein, die erst einer energischen Einreibungskur gewichen ist. Das Kind, im Alter von 3 Monaten stehend, zeigte aufserdem Plaques muqueuses im Munde, später im Anschlusse an eine Kontusion eine tuberkulöse eiterige Periostitis der ersten und zweiten linken Rippe, welche nach wiederholten Operationen, Auskratzungen, nach Verlauf von 1½ Jahren zur Abheilung gebracht wurde.

Die vier Geschwister des Kindes sind schwächlich und bieten den skrophulösen oder besser tuberkulösen Habitus dar. Alle zeigten bald nach der Geburt die Symptome der Syphilis. Unter den ersten Anzeichen der Syphilis des Kindesalters kommen dem Arzte die Plaques muqueuses weitaus am häufigsten zu Gesicht, und zwar deshalb, weil dieselben vielfach recidivieren und die Eltern zwingen, ärztliche Hülfe gegen die entstellende und oft schmerzhafte Affektion aufzusuchen. Selten sind die Plaques muqueuses die einzigen Manifestationen der Syphilis gewesen, meistens oder fast immer kamen sie mit anderen Syphiliden gleichzeitig vor.

Herr Mraček-Wien: **Über Herzsyphilis.** Pathologische Veränderungen des Herzens infolge von Syphilis sind selten.

Lanceraux, Friedländer, Baumgarten haben die arteriellen, pathologischen Veränderungen am Herzen infolge von Syphilis festgestellt.

Es kommen hauptsächlich zwei Formen vor: 1. Das Gumma; 2. die fibröse Sklerosierung.

Oftmals sind beide gleichzeitig vorhanden, bald die eine, bald die andere Form vorherrschend.

Die Gummata kommen im Myocard vor, kirschkern- bis taubeneigrofs. Die gröfseren setzen sich aus mehreren kleineren zusammen, sie werden selten resorbiert, zerfallen meist abscefsartig.

Die weifse oder graue Schwielenbildung hat ihren Sitz zuerst im periarteriellen Gewebe. Ob der syphilitische Prozefs überhaupt von den Gefäfsen ausgeht, ist schwer nachzuweisen. — Nicht nur die kleinen, sondern auch die grofsen Coronararterien werden durch die Syphilis krank gemacht.

Meistens begleiten diese pathologischen Veränderungen Funktionsstörungen des Herzens.

Ein Teil der Muskulatur wird von den gummösen Neubildungen verdrängt oder eingeschlossen. Infolge von Ernährungsstörungen kommt es zu schwieliger Entartung der Muskulatur. Die übrig gebliebene gesunde Muskulatur wird infolge der gesteigerten Arbeitsleistung hypertrophisch.

Peri- und Endocard nehmen teil an den pathologischen Veränderungen des Myocard. Das Endocard kommt nur mit dem Myocard gleichzeitig verändert vor.

Ulceröse Prozesse am Endocard können nicht direkt als Produkte der Syphilis angesehen werden.

Die Fälle von Herzsyphilis sind unter den Zeichen der Herzschwäche gestorben. Vortragender demonstriert histologische Präparate.

Herr NEISSER-Breslau behandelt die luetischen Kinder mit subkutanen Injektionen von unlöslichen Quecksilberverbindungen und hat keine nachteiligen Folgen gehabt. Besser jedoch sei die UNNAsche Einwickelung mit Hg-Pflastern.

Für das Auftreten tertiärer Symptome möchte N. lieber abgeschwächte, unter gewissen Reizzuständen wieder zur Wirksamkeit gelangende Toxine verantwortlich machen.

Die Tabes und die Dementia paralytica soll man nicht in die tertiäre Syphilis aufnehmen.

Die Syphilis hereditaria tarda sei sehr selten, wahrscheinlich seien frühere Anzeichen übersehen worden.

Herzsyphilis wird nicht nur im Spätstadium, sondern wohl auch im Frühstadium vorkommen.

Herr SCHWIMMER-Budapest möchte statt der Bezeichnung tertiäre und sekundäre Syphilis besser akute und chronische Syphilis annehmen.

Herr LANG-Wien bedient sich ebenfalls der Pflaster bei der Behandlung der Kindersyphilis mit sehr gutem Erfolge.

Die Toxine könne man nicht für die syphilitischen Produkte verantwortlich machen; es müsse bei den serpiginösen Formen ein irgendwo liegendes Contagium organisierter Natur angenommen werden, das nach längerer Zeit ein Gift liefere.

Herr FINGER-Wien meint, die chemischen Produkte, die das lebende syphilitische Virus hervorgerufen, könnten unter gewissen Reizen noch nach Jahren nachwirken.

Herr LEWIN-Berlin glaubt, als syphilitisches Virus vielleicht ein Eiweifsgift, in Zerfall gebrachtes Eiweifs oder cirkulatorisches Eiweifs annehmen zu können. Dafs ein Contagium aber liegen bleibe, ohne eine chemische Reaktion hervorzurufen, sei nicht gut möglich.

Herr HUTCHINSON-London teilt seine Beobachtungen in dieser Beziehung mit. Die hereditäre Syphilis behandelt H. mit Merkur, und zwar in ganz kleinen, allmählich steigenden Dosen.

Herr LEWIN-Berlin erregt durch seine Demonstration von Pflanzen mit Krankheiten, welche an gewisse Hautaffektionen beim Menschen erinnern, allgemeines Interesse.

Ein Blatt von Aecidium rhytismatoideum zeigt die Maba abessynica, eine durch einen Pilz hervorgerufene Krankheit, welche lebhaft an den Herpes tonsurans erinnert. Ein anderes Blatt zeigt Gänge, in denen Tierchen liegen, ähnlich wie bei Scabies.

(Fortsetzung folgt.)

Königl. ungarischer Ärzteverein zu Budapest.

Sitzung am 19. März 1892.

Dozent A. HAVAS demonstriert:

a) einen Fall von Lupus erythematodes. Die Krankheit der 24jährigen Patientin bietet Interesse, weil auf einmal alle Phasen eines Lupus erythematodes zu

sehen sind, welche bisher nicht der geringsten Behandlung unterworfen; zweitens, weil das Leiden eine seltene Lokalisation einnimmt, nämlich aufser den prädilektionellen Stellen auch die Beugeseite der Finger betrifft. Hier ist die Haut livid entfärbt, mächtig verdickt, schuppend, mit narbenartigen Einziehungen versehen; die Nägel sind uneben brüchig.

Diskussion: Dr. Róna erwähnt, dafs er zwei Patienten jahrelang mit Lupus erythematodes des Gesichtes und der Hände beobachten konnte. Eine der Patienten bekam jedes Frühjahr auf beiden Händen ein papulöses Erythem, welches aber wochenlang nicht weichen wollte;

b) **einen Fall von Herpes tonsurans maculosus.** Seit fünf Tagen bestehen stecknadelkopfgrofse Knötchen und linsengrofse, in der Mitte schuppende, mäfsig juckende, rosenrote Flecken. H. ist Anhänger der Hebra-Kaposischen Ansicht, nämlich dafs die Krankheit vom Trichophyton tonsurans verursacht wird. In der nach der Demonstration erfolgten Diskussion sagt Dr. Róna, dafs man heute in solchen Fällen nicht mehr von einem Herpes tonsurans, sondern nur von Pityriasis rosea Gibert reden darf, denn, sowie die meisten Dermatologen, hat auch er keine Trichophyton-Pilze gefunden. In der Erwiderung behauptet Dr. Havas, bei solchen Fällen immer den Trichophyton-Pilz gefunden zu haben.

Sitzung am 26. März 1892.

Dozent S. Róna demonstriert einen **seit vier Jahren bestehenden Pruritus cutaneus universalis bei einem sechsjährigen Knaben.** Der Juckreiz besteht den ganzen Tag, entstand zuerst an den Sohlen und Handtellern. Die Anamnese giebt nicht den geringsten Anhaltspunkt, das Kind stammt von gesunden Eltern, ein Hautausschlag wurde nie bemerkt. Auf vorhergegangenen Icterus, Diabetes, Nephritis, Helminthiasis, Albuminurie ist nicht der geringste Verdacht; das Kind war aufser einem im zweiten Lebensalter aufgetretenem Darmkatarrh und einem fünftägigen Wechselfieber ganz gesund.

Patient ist rhachitisch, schwach entwickelt. Die ganze Haut ist schmutzig-braun, zeigt nirgends einen Ausschlag, nur spärliche vom Kratzen herrührende Borken. Auf den unteren Extremitäten sowohl an der äufseren, wie inneren Fläche sieht man den Hautfollikeln entsprechende, stecknadelkopfgrofse, vom Kratzen herrührende lichenoide Gebilde. Auf der Kopfhaut eine pfenniggrofse kahle Stelle.

Die Untersuchung der inneren Organe, des Urins konnte nichts Abnormes konstatieren.

R. stellt die Diagnose auf Pruritus cutaneus universalis, welches Leiden in diesem Alter von solch langer Dauer bisher von keinem Autor gesehen wurde. Die Ätiologie konnte nicht festgestellt werden, und gab R. der Ansicht Ausdruck, dafs das Übel auf Rhachitis und so auf eine undefinierbare Erkrankung des centralen Nervensystems beruht.

Sitzung am 4. Juni 1892.

Dozent E. Herczel hält einen Vortrag **über die Behandlung hochsitzender luetischer Mastdarmstrikturen mittelst der Kraskeschen sakralen Exstirpation,** verbunden mit Krankendemonstration. Vortragender schildert die Schwierigkeiten, mit welchen die operative Behandlung der syphilitischen Mastdarmverengerung wegen der bei Lues eintretenden starren Infiltration der Mastdarmwandung und der umgebenden Gewebe verbunden ist, überhaupt wenn die narbig verengte Stelle lang, eng ist und hoch sitzt; hier tritt am ehesten Kotverhaltung mit den bekannten Gefahren auf, so dafs englische Autoren die Anlegung eines künstlichen Afters indiziert hielten; statt diesem Palliativ-Verfahren unternahm H. die Kraskesche sakrale Exstir-

pation bei der 31jährigen Sängersfrau, welche vor Jahren durch Päderastie sich eine Lues (?) zuzog. Vor vier Jahren trat Mastdarmverengerung ein, welche sich steigerte, so dafs eine Rektotomie unternommen wurde, das Leiden kehrte aber zurück, Patientin magerte zusehends ab, im März laufenden Jahres war schon eine 7—8 cm lange, rabenfederkieldicke Verengerung konstatierbar.

Operation in Chloroformnarkose; ein 14 cm langer Rapheschnitt bis auf den Mastdarm, Resektion des Steifsbeines und quere Abmeifselung des Kreuzbeines. Mühsame (zweistündige) Herauspräparation des Rektalschlauches, darauf Eröffnung circa 12 cm hoch schon in gesunder Schleimhaut. Wegen Collapsus der Patientin wurde schnell die distale Hälfte des Rektalstumpfes amputiert, und der freie Rand des zentralen Stumpfes an die Sakralhaut geheftet.

Verlauf war vollkommen fieberlos, Patientin fühlt sich wohl, der sakrale After funktioniert gut, es erfolgen spontan tägliche schmerzlose Entleerungen.

Heisler-Budapest.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

In der Sitzung der Ärztekammer für Brandenburg und Berlin am 28. Mai 1892 berichtet B. Fränkel für die Kommission zur **Prophylaxe der Syphilis.** Die Vorschläge derselben werden in folgender Form angenommen:

1. Die häufige sachverständige Untersuchung der Prostituierten ist ein wirksames Mittel, um die Ausbreitung der venerischen Krankheiten zu verhindern.

Es liegt deshalb eine solche im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege.

Von diesem Gesichtspunkte aus erachten wir diejenige Art und Weise der staatlichen Beaufsichtigung der Prostituierten für die beste, welche die ärztlichen Untersuchungen in regelmäfsiger Zeitfolge mit möglichst kurzen Intervallen am meisten sichert.

Wir sehen deshalb in der Bestimmung des § 1 des „Gesetzentwurfs über die Abänderung des Strafgesetzbuches etc.“ in Bezug auf die Vermietungen von Wohnungen an Weibspersonen einen Fortschritt der Gesetzgebung, da derselbe es ermöglicht, den örtlichen Verhältnissen entsprechende Vorschriften zu erlassen, durch welche die ärztliche Untersuchung gesichert wird.

Bei dem vorhandenen sanitären Interesse an solchen Vorschriften ist es wünschenswert, dafs dieselben vor dem Erlafs bindender Verordnungen den betreffenden Ärztekammern zur Äufserung mitgeteilt werden.

2. Es ist auf eine möglichst rasche und gründliche Heilung der venerischen Kranken hinzuwirken.

Alle gesetzlichen oder statutarischen Bestimmungen, wie sie z. B. im Krankenkassengesetz, der Gesindeordnung, der Seemannsordnung etc. bestehen, durch welche Beschränkungen zu Ungunsten dieser Kranken eingeführt werden, sollten im Interesse einer baldigen und gründlichen ärztlichen Behandlung derselben beseitigt werden.

3. Es ist wünschenswert, dafs solchen Personen, welche sich nicht gewerbsmäfsig der Prostitution ergeben, und welche an Syphilis oder Gonorrhoe erkrankt sind, eine Aufnahme in jedem Krankenhause gewährt werde.

Bestimmungen, welche die Aufnahme derselben erschweren, sind möglichst zu beseitigen.

Die Prostituierten dagegen sollen der moralischen Gefahren wegen, welche sie verbreiten, von den ersteren Personen getrennt untergebracht und niemals ungeheilt entlassen werden.

4. Aufser durch Untersuchung der Prostituierten kann die Gefahr der Ausbreitung der venerischen Krankheiten durch Belehrung der Männer vermindert werden. Wir möchten es deshalb für zweckentsprechend erachten, wenn Soldaten, Mitglieder der Krankenkassen etc. über die Gefahren eines aufserehelichen Beischlafes belehrt würden.

Eine längere Verhandlung findet nur statt über These 3, wobei die Schwierigkeiten, ja Unmöglichkeit, die Aufnahme in jedem Krankenhause zu erwarten, hervorgehoben wird.

Herr Litthauer will noch einige auf die Untersuchung auf weibliche Gonorrhoe bezügliche Sätze anfügen; doch nimmt die Kammer einen dazu gestellten Antrag des Herrn Ruge an:

„Die Ärztekammer erkennt die Wichtigkeit der angeregten Frage an, geht aber zur Tagesordnung über, da strittige wissenschaftliche Fragen sich nicht durch Abstimmung entscheiden lassen.“ (*Ärztl. Vereinsblatt* No. 243. 1892.)

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Kosmetik, von E. Saalfeld. Schlufs.[1] (*Ther. Monatsh.* No. 7. 1892.) Gegen den **Lichen pilaris**, der reibeisenartigen Rauhigkeit der Haut, besonders der Aufsenseite der Oberarme, sind warme Bäder, Auftragungen von Sapo kalinus zu empfehlen. Ferner kommen Schwefel-, β-Naphtol-, Chrysarobin- und Pyrogallus-Kompositionen in Betracht und zwar:

Sulfur. praecip.	15,0	*Lanolin.*	
Sapon. kalini		*Adip. suilli*	
Adip. suilli	āā 30,0	*Sapon. kalini*	āā 50,0
Pumicis pulverat.	10,0	*β-Naphtol*	15,0
Mf. Ungt. Ds. Äufserlich, oder		*Cret. alb. pulverat.*	10,0

oder

β-Naphtol	10,0
Lanolin.	
Sapon. kalin.	āā 20,0
Mf. Ungt.	

Gegen **Hyperhidrosis**, die besonders an den Händen, Füfsen, im Gesicht und in den Achselhöhlen auftritt, ist vor allem die gröfste Sauberkeit zu empfehlen, Waschungen mit nachfolgender Einreibung von adstringierenden Substanzen, wie Franzbranntwein, Eau de Cologne und ähnlichem.

An den Füfsen ist, um **Rhagaden und Intertrigo zwischen den Zehen** zu vermeiden, Salizyllanolin 2%, oder Salizylstreupulver anzuwenden. Hilft solches nicht, so erreicht man die besten Resultate mit der von Hebra angegebenen Behandlungsweise, nämlich Bestreichen von Leinwandlappen mit Hebrascher Salbe oder 10% Borlanolin und Auflegen derselben 14 Tage lang, täglich 2 mal erneuern und dann

---

[1] No. 1. s. pag. 36.

häufig mit Salizylstreupulver einpudern. Sobald sich die Epidermis in dicken Lagen abgestofsen hat und eine neue, zarte Oberhaut zu Tage tritt, können die Füfse gebadet werden.

Zur Bekämpfung der **roten und der rauhen und aufgesprungenen Hände** bedarf es vor allem der Prophylaxe, die Hände nicht excessiven Temperaturen auszusetzen, daher stets Handschuhe tragen. Zu häufiges Waschen und starkes Frottieren ist zu meiden. Als Seife soll eine neutrale oder sogenannte harte Sodakernseife gebraucht werden, das Wasser soll lauwarm sein, es darf kein Überrest von Seife auf den Händen bleiben, ferner mufs man sie sorgfältig abtrocknen. Es empfiehlt sich dann, eine dünne Schicht Lanolin-Crêmes aufzutragen und ordentlich verreiben zu lassen und den Überschufs mit einem trockenen Tuch zu entfernen.

Bei **Frostbeulen** spielt die Prophylaxe eine grofse Rolle, indem plötzlicher Temperaturwechsel zu meiden ist; beim Eintreten aus der kalten Luft in das warme Zimmer sollen Hände, Ohren und Füfse frottiert und nicht der direkten Ofenhitze ausgesetzt werden. Von Medikamenten empfiehlt Verfasser folgende:

Acid. tannic. 2,0
Glycerin. oder
Spir. camph. āā 50,0
MDS. Äufserlich, zur Einreibung,
oder
Acid. tannic. 2,0
Spir. vin. 5,0
Collodii 20,0
Tinct. Benzoës 2,0
MDS. Zum Pinseln,
oder
Camph. trit. 3,0
Lanolin.
Vaselin. flav. āā 15,0
Acid. hydrochlor. pur. 2,0
Mf. Ungt. DS. abends einreiben,
oder
Bals. Peruv. 5,0
Mixt. oleosobalsam.
Aq. Coloniens. āā 30,0
Zum Pinseln,
oder
Alumin.
Borac. āā 2,0
Aq. Rosar. 150,0
Tinct. Benzoës 5,0
MDS. Zu Umschlägen,
oder
Aluminis. 4,0
Vitell. ovi unius.
Glycerin. 2,0
MDS. Äufserlich.

L. Hoffmann-Berlin.

Dermatol, dargestellt von den Farbwerken vormals Meister, Lucius & Brüning in Höchst a. M., wird empfohlen bei Verletzungen aller Art wegen seiner sekretionshemmenden austrocknenden Wirkung, zumal es ungiftig und geruchlos ist; so ist es ferner nützlich bei nässenden Hautaffektionen und in Form eines billigeren 10%igen Streupulvers mit Talkum bei Wundsein der Kinder, Intertrigo, Schweifsfüfsen etc. *F. Hahn-Bremen.*

Über ein neues Styptikum und über die Möglichkeit, die Koagulationsfähigkeit des Blutes in den Gefäfsen bei Hämophilie, Aneurysmen und innern Blutungen zu steigern, von St. Wright. (*The Brit. Med. Journ.* 1891. 19. XII. *Therap. Monatshefte.* 1892. 2.) Verfasser stellte fest, dafs Fibrinferment (Blut wird von Herbivoren in der dreifachen Menge aufgefangen, dann bis zum Beginn der Gerinnung stehen gelassen und durch Schlagen defibriniert; Fibrin wird nach Reinigung desselben vom Blutpigment durch Wasser für einige Zeit in Alkohol gebracht und dann das Ferment durch Extraktion mit sterilisiertem Wasser daraus gewonnen), mit einer 1% Lösung von Calciumchlorid versetzt, ein vorzügliches Styptikum ist, mit dem er Blutungen aus der Vena jugalaris communis, Vena axillaris, der Arteria hepatica bei Tieren sofort zum Stehen bringen konnte. Um die Koagulationsfähigkeit des Blutes

innerhalb der Gefäfse zu steigern, empfiehlt Verfasser Kalksalze per os oder durch intravenöse Injektion; letztere soll keine üble Folgen haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Indikation und Zusammensetzung der Schwefelbäder, von Barthélemy. (*Le Progrès médic.* No. 24. 1892.) Als allgemeiner Grundsatz bei der Wahl des Zeitpunktes, wann Schwefelbäder bei Hautaffektionen zur Anwendung kommen sollen, gelte, dafs das akute Stadium verstrichen sei. Sie finden demnach ihre Hauptindikation bei Akne, gewissen Folliculitiden mikrobischen Ursprungs, torpiden Arten der Hauttrichophytie, Pityriasis versicolor, im Terminalstadium der Furunculosis, Pruritus senilis, Pruritus nach Scabies und Phthiriasis etc. — Die Dauer des einzelnen Bades soll im Maximum 25 Minuten, die Temperatur 34—36°, die Zahl der wöchentlichen Bäder 3 betragen. Das Badewasser soll die Wanne nicht angreifen, umliegende Gegenstände nicht schwärzen und keinen üblen Geruch verbreiten. Diesen Anforderungen entspricht am besten eine Zusammensetzung, wie sie sich im Wasser von Barège wiederfindet und welche sich in den zahlreichen Experimenten des Verfassers bewährt hat. Es besteht dasselbe nämlich aus Sulf. präzipit. (der 9000 mal intensiver wirken soll als die Flores), kohlen- und kieselsauren Salzen, sowie Chlorüren der Alkalien. Für Kinder und Erwachsene sollen verschiedene Konzentrationen gewählt werden; überhaupt verlangt B. eine genaue Dosierung, sowie eine richtige Anwendung der Bäder, versäumt es aber, uns genaueres mitzuteilen über seine diesbezüglichen Erfahrungen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Anwendung lokaler Wärme bei Behandlung von Geschwüren, von Stepanow. (*St. Petersb. med. Wochenschrift.* 1892. *Allg. med. Centralzeitg.* 1892 No. 50.) Verfasser empfiehlt die Anwendung der Wärme in Form der mit heifsem Wasser gefüllten Kautschukbeutel, besonders bei der Geschwürsbehandlung. Durch Besserung der Ernährung, Beseitigung lokaler Blutstauung tritt schnellere Heilung unter Nachlafs der Schmerzen ein. Die Anwendung mufs eine so langdauernde wie möglich sein (6 bis 8 Stunden täglich). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur mikroskopischen Anatomie der Geschwülste des äufseren Ohres, von Haug. (*Archiv f. Ohrenheilk.* Bd. 32. Heft 2. *Centralbl. f. allg. Patholog. und pathol. Anatomie.* 1892. No. 10.) Ein Fall von Knochentuberkulose und Angiom des Ohrläppchens ist bemerkenswert. — Bei Krebs der Ohrmuschel glaubt Verfasser, dafs die interpapillären Zapfen des Rete den Ausgangspunkt bilden, dafs aber nur die unterste Schicht zylindrischer Basalzellen das eigentlich wuchernde Epithelstratum abgiebt.

Jessner Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Kenntnis der Granulationen der weifsen Blutkörperchen, von W. Janowski. (*Centralbl. f. allg. Pathol. und path. Anat.*, 15. Juni 1892.) Verfasser giebt einige technische Einzelheiten zur Darstellung der eosinophilen Zellen, wobei er der Ehrlichschen Methode gegenüber der Altmannschen entschieden den Vorzug einräumt. Die Bedeutung dieser Granulationen zur Unterscheidung der Leukämie von der Leukocytose hat er ebensowenig wie einige andere Autoren (Canon, Neusser) bestätigen können. Im gonorrhoischen Eiter ferner hat J. eine sehr grofse Zahl solcher Zellen nachgewiesen. Eine sehr schöne farbige Tafel ergänzt die interessante Mitteilung. *Philippi-Nieheim.*

Pili moniliformes, von P. S. Abraham. (*Brit. Med. Journ.*, 28. Novbr. 1891.) Vor der Medical Society of London zeigte Abraham ein Kind im Alter von 2½ Jahren, das ohne Haare geboren und kahl geblieben war. Es fand sich nur ein wenig lanugoartiges, kurzes Haar, und jedes Haar zeigte etwa 20 knotenförmige

Verdickungen. Die Haare brachen an den Internodien durch. Therapie war erfolglos. Es handelt sich hier wohl um die Einwirkung eines Bacillus. COLCOTT FOX hat ähnliches bei mehreren Mitgliedern einer Familie gesehen. *Philippi-Nieheim.*

Über die Transplantation von Hautlappen aus entfernteren Teilen nach WOLFES Methode, von A. CECI. (*Brit. Med. Journ.*, 16. April 1892.) Die WOLFEsche Methode besteht in der Ablösung von Hautstreifen durch die ganze Dicke der Cutis und Bedecken der betreffenden Stellen möglichst mit einem einzigen solcher Streifen. Verfasser schildert unter Beigabe von Photogrammen drei Fälle, bei denen er diese Methode mit dem schönsten plastischen Erfolg am Gesicht anwandte. Über andere Fälle hat er bereits anderswo berichtet. Einige bemerkenswerte technische Einzelheiten mögen im Original nachgesehen werden. *Philippi-Nieheim.*

Über die Wirkung des Antimons bei Hautkrankheiten, von W. A. JAMIESON und A. H. DOUGLAS. (*Edinb. Med. Journ.*, Juni 1892.) Es wird über folgende zwei Fälle berichtet, bei denen das Antimonium tartaricum günstig wirkte: 1. Eine Psoriasis inveterata bei einem 17jährigen Arbeiter, die in allgemeine, exfoliative Dermatitis überging, und bei der verschiedene andere Mittel im Hospital vergeblich angewandt worden waren. Gabe 0,0075 alle 6 Stunden; Dauer der Behandlung mit Antimon 10 Wochen; vollständige Heilung. 2. Exfoliative Dermatitis mit Neigung zu rascher Ausbreitung, vollständig geheilt durch alkalinische Bäder und Darreichung von Antimon, bei einem 70jährigen Tischler. Dieselbe Gabe wie oben dreimal täglich. — Es wird namentlich auf die durch das Antimon erzeugte gelinde, aber stetige Schweißsabsonderung aufmerksam gemacht. (cf. auch *Monatshefte*, Bd. XIII, Seite 514. *Philippi-Nieheim.*

Das Ichthyol in seiner therapeutischen Verwendung bei einzelnen Haut- und anderen Affektionen, von ERNST SCHWIMMER. (*Wien. Med. Wochenschr.*, 1892, No. 29 und 30.) Dem Bericht über die Erfolge SCHWIMMERS mit der Ichthyolbehandlung entnehme ich folgendes:

Bei allen Formen von Erythemen bewährte sich die gefäßverengende Wirkung des I.; nur beim Erythema nodosum war sie gering. Beim Erysipelas erzielte SCH. mit 20—30 % Ichthyollösung vorzügliche Erfolge, schnellen Rückgang der lokalen Erscheinungen und der Temperatursteigerung: Wo das Erysipelas als Komplikation anderer Hautleiden wie Lupus oder in einem Falle von knötchenförmiger Tuberkulose, war die Wirkung natürlich eine langsamere. SCH. steht nicht an, das Ichthyol als ein Specificum gegen die Erysipelaskokken zu bezeichnen.

Bei Acne vulgaris und rosacea hatte die ausschließliche Ichthyolbehandlung nicht die gewünschte Wirkung; die Kombination mit Schälpasten (Lac. sulf. Naphtol ā 5,0, Sapo virid. 10,0, Axung. 20,0—30,0) oder mit Schwefelsalben und Schwefellösungen (Sapon. virid. 50,0, Alkohol. rect. 100,0, Sol. filtr., adde Lac. sulfur. 5,0) erzielte sehr gute Erfolge.

Beim Ekzem sah SCHWIMMER vom Ichthyol da Gutes, wo es sich um chronisch gewordene Fälle handelte, die sonst keine Tendenz zur Heilung zeigten; bei diffuser Hautröte und seröser Absonderung war die Wirkung eine irritierende. (Das ist nicht wunderbar, da der Verfasser 20—30 % Lösungen gebrauchte, hätte er in diesen akuten Fällen 2—5 % Ichthyol angewendet, wäre er zufriedener gewesen; die Dosierung muß je nach der Beschaffenheit der Haut und der beabsichtigten Wirkung variiert werden. Der Referent.) Zufrieden war Verfasser mit der Anwendung des Ichthyols bei Intertrigo der Kinder.

Gute Erfolge wies die Behandlung mit Ichthyol auf bei Gelenkentzündungen, die sich nach Blenorrhagien entwickelt hatten.

Was die Anwendungsweise betrifft, so werden Ichthyollösungen, Ichthyolöl (Oleum Sesami), Ichthyolpasten und der UNNAsche Ichthyolfirnifs verschrieben, letzteres Präparat scheint dem Verfasser sehr geeignet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Vorkommen spezifisch färbbarer Körner im menschlichen Fettgewebe, Vortrag von GERLACH in der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat. 28. August 1881. (*St. Petersb. med. Wochenschr.*, 1892, No. 4.) Gelegentlich einer bakteriologischen Untersuchung eines Falles rein anästhetischer Lepra (siehe Referat in dieser Zeitschrift Bd. XIV, pag. 213) fand G. eine eigenartige Erkrankung der Fettzellen, die aber auch bei anderen Leiden in 48% der Fälle nachweisbar war. Die Fettzellkerne sind vergröfsert und bläschenförmig vakuolisiert; um die Zellkerne findet sich in den Protoplasmaresten ein Kranz diplokokkenähnlicher Körner, die Tuberkelbazillenreaktion ergeben. Er glaubt diese Körner als Mikroorganismen ansehen zu müssen, ohne aber den Beweis durch Züchtung zu erbringen. — Erwähnenswert ist aufserdem, dafs G. auch bei dieser makulösen Form des Aussatzes die von UNNA-BABES beschriebenen Involutionsformen von Leprabazillen in den Schweifsdrüsen nicht weit von einem Hautflecken fand, was gegen die prinzipielle Unterscheidung zwischen Haut- und Nervenlepra spricht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die schlummernden Zellen des Bindegewebes und ihr Verhalten bei progressiven Ernährungsstörungen, von P. GRAWITZ. (*Virchows Archiv*, Bd. 127, H. 1.) G. hatte bei Heilungsprozessen in der Sehne das Hervortreten zahlreicher Kerne beobachtet, die mit der leukocytären Einwanderung und mit den fixen Bindegewebszellen nichts zu thun haben, sondern sind Gebilde, die der scheinbar zellenfreien Interzellularsubstanz angehören, und die unter normalen Verhältnissen in einem Zustande verborgen liegen, in welchem weder ihre Zellenleiber sichtbar, noch ihre Kerne färbbar sind. Erst allmählich treten diese scheinbar schlummernden Zellgebilde hervor, und zwar zeigt sich zuerst der Kern ohne Chromatingehalt in länglich, scharf begrenzter Form, dann treten Chromatinkörnchen auf, und allmählich zeigt sich an den Polen körnige Substanz, welche zunächst das Bild einer schmalen Spindel giebt; später geht die Form in die sternförmige oder rundliche über, und endlich kommt es zur Bildung echter Mitosen. Verfasser beobachtete dieselben bei pathologischen Prozessen (Furunkel, Abszefs, Streptokokkenphlegmone, Phlegmone nach Injektionen von Terpentinöl, Digitoxin, Condylomen, Narbengewebe) und unter dem Einfluſs normaler Ernährungssteigerungen. Er folgert daraus, dafs bei der Entwickelung des Bindegewebes, des Narbengewebes, zahlreiche Zellen in faserige Beschaffenheit, in eine Art Schlummerzustand, übergehen, aus dem sie durch verschieden wirkende Ursachen wieder erweckt werden können.

F. Hahn-Bremen.

Über die Blutplättchen, von BIZZOZERO. (*Virchow-Festschrift*, Bd. I. Verfasser tritt aufs neue für die schon 1882 von ihm behauptete Präexistenz der Blutplättchen im normalen lebenden Blut der Säugetiere ein und entkräftet die von WEIGERT und LÖWIT dagegen gemachten Einwendungen, sowie die Experimente, auf welche diese Autoren sich stützen. Sodann teilt er die Versuche mit, mittelst deren es ihm gelang, dem Blute die Blutplättchen fast ganz zu entziehen (9—10 mal wiederholter Aderlafs etwa der Hälfte des Gesamtbluts, was die Tiere gut vertrugen, wenn man ihnen jedesmal das defibrinierte Blut wieder injizierte). Die Blutplättchen blieben mit dem Fibrin an den schlagenden Stäben hängen. Da die Tiere am Leben blieben, so ist klar, dafs die Blutplättchen zum Leben nicht unbedingt notwendig sind. Die Regeneration derselben erfolgt äufsert schnell, etwa in fünf Tagen.

F. Hahn Bremen.

Europhen in der kleinen Chirurgie, von Becker. (*New York Med. Journal,* 4. Juni 1892.) Verfasser empfiehlt das Europhen bei kleineren Verletzungen als Ersatz des Jodoforms, da es leichter ist, nicht zusammenbackt, sich daher leichter zerstäuben läfst; auch ist es unschädlich und riecht nicht so stark. Er hat mit gutem Erfolg behandelt einen Fall von Fingerquetschung mit Gangrän der Haut, einen Hautabscefs und eine ausgedehnte Verbrennung. *F. Hahn-Bremen.*

Die Indikationen der Moorbäder, von Dr. Coesfeld. (*Der ärztl. Praktiker.* No. 27. 1892.) „Die Wirkungsweise der Moorbäder ist eine dreifache und beruht auf den physikalischen und chemischen Eigenschaften des Moores. Jene gipfeln in der Wärme — Moorbäder werden stets höher temperiert genommen als Wasserbäder — und in der Konsistenz des Moorbreies — ob dicht oder dickflüssig —, diese in der Anwesenheit von flüchtigen und gasförmigen Substanzen, dem Schwefelwasserstoff der Kohlen-, Ameisen- und Bernsteinsäure."

Aus der Masse der vom Verfasser angeführten Krankheiten zitieren wir nur die für den Dermatologen Interesse bietenden: Skrophulose in der torpiden Form, Sexualkrankheiten, Prostatahypertrophie, Impotentia virilis nach Spermatorrhoe oder geschlechtlichen Ausschweifungen, Pityriasis (welche?), Ekzem, Psoriasis, leichte Ichthyosis, chronische Unterschenkelgeschwüre. *P. Taenzer-Bremen.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Pityriasis versicolor, von de Molènes und Costilhes. (Referiert aus *Archives généraux de médecine.* 1891. S. 385 in *Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 436.) Verfasser kommen bei ihren Untersuchungen auf die alte Anschauung zurück, wonach die Pityriasis versicolor namentlich bei Leuten mit Erkrankungen des Magen-Darmkanals vorkommt. Wenigstens verhielt sich das bei allen ihren Beobachtungen so. Den Zusammenhang zwischen beiden Zuständen legen sie sich folgendermafsen zurecht: Der Parasit der Pityriasis, das Microsporon furfur, gedeiht nach ihren Untersuchungen namentlich auf fettigem Boden gut. Nun ist aber die Haut bei Magen- und Darm-Leidenden zur Fettabsonderung sehr geneigt, zumal wenn solche Leute noch wollenes Unterzeug lange am Körper tragen. Danach hat sich die Behandlung zu richten.
Türkheim-Hamburg.

Bemerkungen über Chromophytosis (Pityriasis versicolor), von G. H. Fox. (*Internat. med. Magaz.* April 1892.) Kurze klinische Schilderung der Krankheit unter Beigabe eines charakteristischen Lichtdruckbildes. Zur Therapie giebt F. der Einreibung mit grüner Seife (allenfalls mit Aq. coloniens. ää) im heifsen Bade nebst einer gesättigten Lösung von Natrium hypophosphorosum den Vorzug. Allenfalls empfiehlt er auch die Beimischung von präzipitiertem Schwefel und Bimsstein (ää 10 %) und längeres Liegenlassen bis zur Ablösung der Epidermis. *Philippi-Nieheim.*

Trouessart teilte in der Académie des sciences einen interessanten Fall von **Filzläusen im Hinterhauptshaar** eines 5monatlichen Kindes mit. Das Kind, dessen Augenwimpern voller Eier safsen, war von seiner Trockenamme angesteckt. Verfasser warnt bei so jugendlichen Kindern vor Anwendung von Quecksilber und empfiehlt für solche Fälle die Läusekörner, Semen Staphidis agriae. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 146.) *Türkheim-Hambury.*

Phthiriasis ciliorum, von Ch. W. Allen. (*New York Med. Journ.* 11. Juni 1892.) Bekanntlich findet man Pediculi nur ganz ausnahmsweise auf den Cilien lokalisiert.

Verfasser hat jedoch im Laufe der Jahre dieses Vorkommnis mehrere Male beobachtet und berichtet über eine 21jährige Syphilitica, bei der er kürzlich einige 50 Nisse und ein Dutzend Phthirii mit der Pinzette aus den Wimpern entfernte.

Philippi-Nieheim.

Pediculi pubis an der behaarten Kopfhaut, Wimpern, Augenbrauen hat Heisler (*Der ärztl. Praktiker.* 1892. No. 27.) bei einem 14 Monate alten Kinde beobachtet, das mit der Dienstmagd zusammenschlief; es ist der Fall ein Unikum.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Benzin gegen Pediculosis, von P. A. Nedzwiecki. (*Saratovsky Sanitarngi Obzor.* No. 19. 1891. nach dem *St. Louis med. and surg. Journ.* Januar 1892.) Das gewöhnliche Benzin des Handels ist ein vorzügliches Mittel zur Vertilgung der Pediculi capitis wie auch der Phthirii pubis. Es ist meistens nur nötig, die ergriffenen Teile einmal 3 bis 4 Minuten lang tüchtig mit dem Mittel zu durchfeuchten. Von anderen ist das Mittel auch als Antisepticum zum Sterilisieren der Instrumente etc. verwendet worden.

Philippi-Nieheim.

Verschiedenes.

Zur Kokain-Infiltrations-Anästhesie, von Hahn. (*Therap. Monatsh.* 1892. Nr. 6. *Allg. med. Centralztg.* 1892. Nr. 50.) Die Injektion einer 0,4% Kokainlösung als lokales Anästhetikum empfiehlt Verfasser auf Grund von 4 Beobachtungen als besonders geeignet für den ohne Assistenz operierenden Landarzt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Kreisel-Centrifuge, von Prof. Gustav Gärtner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. Nr. 25.) Um feste Bestandteile aus dem Harn, Sputum, Blut etc. zu isolieren, sind Zentrifugen seit kurzem viel empfohlen, die aber alle etwas kompliciert und daher teuer sind. G. hat eine nach Art eines Kreisels durch eine spiralig aufgewickelte und schnell abzuziehende Schnur in Bewegung zu setzende Zentrifuge konstruiert, die 8 bis 10 Minuten läuft und am Anfange fast 3000 Umdrehungen macht. Ein einmaliges Zentrifugieren genügt für alle Zwecke. Er empfiehlt es auch zur Bestimmung des Rahmgehalts der Milch. Der kleine Apparat ist zu haben bei L. Schulmeister in Wien und Franz Hugershoff in Leipzig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über subkutane Injektionen (Hypodermoclysis), von M. Hildebrand. (*Occid. med. Times.* Juni 1892.) Die Beobachtungen von Cantani, Sahli u. a. haben ergeben, dafs es möglich ist, gröfsere Mengen indifferenter Flüssigkeiten (0,7% Na-Cl-Lösung) ins subkutane Gewebe ohne allen Nachteil sowohl bei Tieren als auch bei Menschen zu injizieren. Verfasser hat bei zwei Fällen von Chloroformasphyxie, bei denen der elektrische Strom und künstliche Respirationsversuche ohne Wirkung blieben, mit dem günstigsten Erfolg etwa 750 g erwärmter Lösung (im Laufe von 5 Minuten) in die Bauchhaut eingespritzt. Es entsteht dabei eine Anschwellung, die allerdings ziemlich schmerzhaft empfunden wird, wenn die Kranken bei Bewufstsein sind, die aber im Laufe von 2 bis 3 Stunden völlig verschwindet. Bekanntlich hat man diese Resorptionsfähigkeit des subkutanen Gewebes auch bei Urämie, Typhus und Cholera erfolgreich benutzt. *Philippi-Nieheim.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. №. 8. 15. Oktober 1892.

Klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis.

Von

Dr. med. LUDW. NIELSEN,
Sekundärarzt am „Vestre-Hospital“ zu Kopenhagen.

(Schlufs.)

III. Pathogenese der Psoriasis.

Psoriasis als Ausschlag eines konstitutionellen Leidens oder einer speziellen Blutinfektion. — Keine der bis jetzt aufgestellten Theorien, nach denen Psoriasis ein Ausschlag einer vermuteten Diathese (dartröse, rheumatische etc.), eines bekannten, konstitutionellen Leidens (Syphilis, Malaria m. m.) oder einer Blutinfektion mit einem speziellen Parasiten (Penicillium glaucum, „Epidermidophyton“, „Lepocolla repens“) wäre, hat sich haltbar gezeigt. Doch können gewisse klinische und ätiologische Verhältnisse — wie auch bisweilen von anderen Verfassern hervorgehoben — angeführt werden, welche darauf deuten könnten, dafs die Psoriasis möglich ein konstitutionelles Leiden wäre, und dann wohl am ehesten eine chronische Infektionskrankheit, wie von KOPP supponiert. Von solchen Verhältnissen mögen besonders hervorgehoben werden: der zerstreute, bisweilen sehr akute Ausbruch der Efflorescenz, der Wuchs derselben, der chronische Verlauf der Krankheit mit wiederholten Recidiven und vielleicht die Wirkung von (interner) Behandlung; weiter das Vorkommen der Psoriasis bei mehreren Mitgliedern derselben Familie (Erbe oder direkte Überführung), ihr Verhältnis zu akuten Krankheiten (z. B. Typhus) und der Einflufs von Irritationen (wie teilweise z. B. bei Syphilis und Variola). Schliefslich könne ein erstes Auftreten der Psoriasis nach Traumen und Vaccination mit erster Lokalisation auf der lädierten Stelle möglich dafür sprechen, dafs dadurch ein Infektionsstoff ins Blut hineingeführt sei. Keines der hier angeführten Momente ist doch aber beweisend, und sie sind aufserdem nicht unvereinbar mit anderen über diese Krankheit gebildeten Theorien, können sogar gleichfalls teilweise diesen zum Anhalt dienen.

Bei einem Versuche mit Einimpfung von Lamellen frischer Psoriasis, welchen Destot[17] an sich selbst unternahm, erschien 14 Tage danach auf der Inokulationsstelle am rechten Oberarm ein gemeines Stippchen (bouton), an dem Ellenbogen aber zeigten sich sehr deutliche (très nettes) Psoriasisplaques; er hatte nie vorher Psoriasis gehabt und war nicht hereditär disponiert. Da Psoriasis in diesem Falle — der einzige, wo Inokulation auf Menschen reussiert zu haben scheint — nicht an der Einimpfungsstelle selbst, sondern etwas davon entfernt auftrat, könnte dieser Versuch für die oben erwähnte Theorie sprechen; da das Experiment aber bis jetzt ganz allein steht und überdies die näheren Einzelnheiten bei der Einimpfung nicht erwähnt sind, kann es keinen genügenden Beweis dafür leisten.

Als Haupteinwendung gegen die Auffassung der Psoriasis als eine generelle Infektionskrankheit mag hervorgehoben werden, daſs wesentliche klinische Charaktere fehlen, welche sonst Leiden dieser Natur gehören. Psoriasis hat nämlich im ganzen den Charakter eines bloſsen Hautleidens, indem keine Affektion der Schleimhäute nachgewiesen ist, welche mit wirklicher Begründung für dieselbe Krankheit angenommen werden kann, ebensowenig wie in irgend einem Organe Ausscheidungen pathologischer Produkte gefunden sind, die mit Psoriasis an der Haut zu vergleichen wären und also als einen Ausschlag eines den ganzen Organismus infizierenden Virus aufgefaſst werden könnten; und im ganzen treten, wie oben erwähnt, bei Psoriasispatienten keine Komplikationen auf, welche direkt in Relation zu Psoriasis als solche gesetzt werden können. Die Krankheit ist auch nicht von Fieber begleitet; in den wenigen Fällen (s. früher), wo Patienten mit akuten Ausbrüchen vorübergehende, subjektive Febrilia angaben, scheint es sich am ehesten um eine auf gröſserer, individueller Irritabilität gegründete Reaktion gehandelt zu haben; eine wirkliche Temperatursteigerung wurde nicht nachgewiesen. Schlieſslich leidet bei Psoriasis das allgemeine Befinden nicht, auſser, wie von einigen Verfassern angegeben wird, bisweilen bei stark verbreiteten, inveterierten Formen und bei den universellen Ausbrüchen mit Charakter Dermatitis exfoliativa, welche letztere doch als wirkliche Psoriasis nicht aufgefaſst werden können; doch selbst unter diesen Verhältnissen wird die Ursache wahrscheinlich im verbreiteten Leiden des Hautorgans zu finden sein, nicht in Psoriasis als solche, da auch andere, ganz lokale Hautleiden (z. B. Favus) bei erheblicher Verbreitung ein Leiden des allgemeinen Befindens sollen verursachen können.

---

[17] Destot und Augagneur: *Inoculabilité du Ps. Mém. et Compt. rend. de la soc. des scienc. méd. de Lyon.* T. XXIX. 1889. Lyon-Paris. 1890. II. part.: Compt. rend. pag. 131—33 und pag. 215—16.

Es ist somit nicht sehr wahrscheinlich, daſs Psoriasis ein generelles Leiden ist, obgleich gewisse Verhältnisse zum Anhalt dieser Auffassung vorgebracht werden können.

Psoriasis als neuropathisches Leiden. — Während mehrere Verfasser (wie TILB. FOX, WEYL, LEWIN) auch früher die Psoriasis als ein neurotisches Leiden aufgefaſst haben, u. a. wegen der symmetrischen Verteilung der Efflorescenz, des Auftretens der Krankheit nach Gravidität u. a. m., hat doch besonders in den letzten Jahren POLOTEBNOFF[18] Momente, die eine solche Theorie stützen könnten, vorzubringen gesucht, wie auch BOURDILLON (l. c.), der, wie vorher erwähnt, sich doch am meisten mit den bei Psoriasispatienten vorkommenden Gelenkleiden beschäftigt hat; die von beiden Verfassern angeführten Verhältnisse sind im wesentlichen dieselben.

POLOTEBNOFF (wie BOURDILLON) fand Psoriasis nur selten hereditär (in 3 von 64 Fällen), sondern sehr oft nervöse Leiden in der Verwandtschaft des Patienten. Psoriasis als Hauptprozeſs solle sich daher selten vererben, dagegen sehr häufig ein abnormes Nervensystem, und Psoriasis wäre dann nur eines der mannigfachen Symptome einer vasomotorischen Neurose; übrigens solle sie auch nach verschiedenen Infektionskrankheiten auftreten können, nach Traumen, besonders am Kopfe, und nach Alkoholismus. POLOTEBNOFF will auch auſserordentlich häufig bei Psoriasispatienten zum Teil sehr verschiedenartige, nervöse Leiden gefunden haben, zu denen er auch (wie BOURDILLON) Gelenkleiden rechnet. Weiter werden gewisse, objektiv nachweisbare Veränderungen von seiten des Nervensystems hervorgehoben; so fand RENDU in einzelnen Fällen von Psoriasis circinata abgestumpften Empfindungssinn und eine mehr oder weniger ausgesprochene Analgesie, teilweise auch an den gesunden Hautstellen, und POLOTEBNOFF fand gleichfalls in zwei Fällen (bei Alkoholisten) Analgesie; in einem der Fälle doch nur einen Tag dauernd, in dem anderen nur von einzelnen Plaques und zugleich von der sie umgebenden gesunden Haut; übrigens gaben seine Untersuchungen über die elektrotaktilen und elektrosensiblen Empfindungen sehr wechselnde Resultate. Unter anderen Momenten zum Anhalt der hier erwähnten Theorie wird weiter das Verhältnis der Psoriasis zu Gemütsbewegungen hervorgehoben, sowie auch ihr chronischer Verlauf mit Neigung zu häufigen, spontanen Remissionen, die Wirkung der Arsenikbehandlung und (bei BOURDILLON) die symmetrische Verteilung der Efflorescenz.

Mehrere moderne französische Verfasser (BESNIER, DOYON, BROCQ) vermuten auch, daſs eine gewisse Relation zwischen Psoriasis und dem

---

[18] Psoriasis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Ergänzungsh. I. 1891. pag. 41—142.

Nervensystem sich finde, besonders wegen ihrer Auffassung der vorher erwähnten Gelenkleiden.

Rücksichtlich der zur Stütze einer neuropathischen Theorie vorgeführten Momente ist zu bemerken, daſs, wie früher erwähnt, kein auffallend häufiges Vorkommen nervöser Leiden unter unseren Patienten nachgewiesen ist, wie auch im ganzen nur die allerwenigsten Kliniker ein solches Verhältnis konstatieren zu können gemeint haben; auch nicht nach Untersuchung aller unter unseren Patienten vorgekommener Fälle von Gelenkleiden ist Grund gewesen, diese für speziell vom Nervensystem abhängig anzunehmen (s. früher); weiter ist das Verhältnis der Psoriasis zu Gemütsbewegungen nur auf einer bloſsen Zeitfolge basiert, und man hat früher dieses ätiologische Moment für Leiden (wie Favus, Pityriasis versicolor) angeführt gesehen, wo es sich faktisch nur um ein zufälliges Zusammentreffen gehandelt haben kann. Die übrigens nur in wenigen Fällen auftretenden und höchst wechselnden Sensibilitätsstörungen, welche einzelne Verfasser bei Psoriasispatienten gefunden haben, können wohl teils dem Infiltrationsprozesse der Haut selbst beigemessen werden und teils auch von anderen krankhaften Zuständen bei dem Individuum abhängen (wie Alkoholismus, nervöse Leiden) ohne spezielle Relation zu Psoriasis selbst, zumal da sie sich bisweilen auch an der gesunden Haut auſserhalb der Flecken fanden; in mehreren Fällen, wo wir diesbezüglich Untersuchungen vorgenommen haben, ist es mit negativem Resultate gewesen. Übrigens scheinen mehrere der von Polotebnoff angeführten Momente auf ganz physiologischen Verhältnissen beruhen zu können, so die durch psychische und physische Einflüsse vorgefundene Steigerung der Herzaktion, der Temperaturunterschied auf symmetrischen Stellen des Körpers, Hyperidrosis axillaris m. m.; es giebt überhaupt kaum ein Organ bei Psoriasispatienten, wo er nicht vasomotorische Störungen gefunden haben will. Die, übrigens nicht immer, symmetrische Verteilung der Efflorescenz ist bei Hautleiden von sehr verschiedenem — auch parasitärem (Scabies, verbreitete Pityriasis versicolor m. m.) — Ursprung so gewöhnlich, daſs sie als Stütze dieser Theorie nicht verwertet werden kann. Sonderbar, daſs Polotebnoff nur so selten Psoriasis hereditär gefunden hat, da die meisten anderen Verfasser, wie auch wir selbst (s. früher), dieses wichtige ätiologische Moment viel häufiger angetroffen haben.

Keines der erwähnten Verhältnisse scheint also entschieden für eine neuropathische Theorie zu sprechen, womit doch der gewöhnlich gar nicht oder nur wenig eingreifende Einfluſs der Krankheit auf den Gesamtorganismus, ihr chronischer und unberechenbarer Verlauf, die bisweilen heilende Wirkung des Arseniks, sehr vereinbar scheinen. Andererseits hat eine bloſs lokale Behandlung eine sicherer heilende Wirkung auf diese Krankheit als Arsenik, und das Verhältnis der Psoriasis zu Jahreszeiten,

die bisweilen günstige Wirkung akuter und chronischer Leiden, das häufigere Vorkommen der Psoriasis bei Männern, wo sie nach dem 20. Jahre viel häufiger als bei Weibern in demselben Alter anfängt, während in den Jahren vorher kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Geschlechtern in dieser Beziehung zu sein scheint — alle diese Momente scheinen nicht sehr für diese Theorie zu sprechen, nach welcher man wohl auch am nächsten erwarten müsse, daſs die Schleimhäute ebenso wie die Haut ein Sitz der Krankheit werden könnten. Während weiter das Verhältnis der Psoriasis zu äuſseren Irritationen auf einer reflektorischen Wirkung zu beruhen angenommen ist, bleibt es doch unerklärlich, warum nach „KÖBNERS Einritzen" in den obersten Epidermisschichten immer, wenn eine Efflorescenz im Ritz entsteht, erst nach einer reaktionslosen Periode von ungefähr einer Woche punktuell auftretende Psoriasisflecken zu erscheinen anfangen; und noch weniger leistet diese Theorie eine genügende Erklärung der Fälle, wo Psoriasis zum ersten Male und zudem bei nicht hereditär disponierten Individuen nach unbedeutenden äuſseren Irritationen aufgetreten ist, und besonders nach Vaccination, wo die Efflorescenz gleichfalls nach Verlauf einiger Tage sich erst an der Einimpfungsstelle zeigte — die Vaccine ging nicht einmal immer an — und darauf zerstreute Flecken. Wenn man (BOURDILLON) zur Stütze einer neuropathischen Theorie angeführt hat, daſs nach Nervenläsionen nicht selten im betreffenden Nervengebiet eine Verdickung und Abstoſsung der Epidermis vorkomme, beweist dieses natürlich nichts, da eine Verdickung der Epidermis nicht dasselbe wie eine Psoriasis ist; daſs man die Krankheit selbst nie nach einer solchen Läsion auftreten sehen hat, scheint im Gegenteil vielmehr wider diese Theorie zu sprechen; auch nicht nach zum Teil zahlreichen pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Nerven in Psoriasisplaques (von LELOIR und VIDAL, NEUMANN, KROMAYER u. a.) hat man etwas zum Anhalt dafür gefunden.

Es scheint nach den oben gegebenen Auseinandersetzungen somit nicht wahrscheinlich, daſs der Ursprung der Psoriasis im Nervensystem zu suchen wäre.

Psoriasis als idiopathisches Hautleiden. Schon ältere Verfasser (wie CAZENAVE) haben Psoriasis als ein idiopathisches Hautleiden aufgefaſst, welches oft vererbt sein sollte, doch auch bisweilen erworben nach Leiden, die — wie Infektionskrankheiten — eine tiefe Modifikation der Haut mitführen sollten. Auch F. HEBRA und O. SIMON scheinen wohl eine solche Auffassung gehabt zu haben, indem sie die Heredität der Psoriasis mit der Vererbung der schwarzen Farbe der Neger und mit der Vererbung von Naevi verglichen. Der oben erwähnte von KÖBNER beobachtete Psoriasispatient, bei welchem die Efflorescenz nach ver-

schiedenen traumatischen Einwirkungen und genau an der Stelle derselben auftrat, veranlaſste diesen Verfasser, die Theorie aufzustellen, daſs die Psoriasis auf einer Neigung oder Disposition der Haut beruhe, wobei diese die Eigentümlichkeit bekäme, nach den verschiedensten sowohl inneren wie lokalen Irritamenten mit Bildung der für Psoriasis besonderen Efflorescenz zu reagieren. Diese Disposition wäre nach KÖBNER am öftesten nachweisbar hereditär, bisweilen doch auch erworben, und jahrelang könne sie latent bleiben. Von dieser Theorie aus erklärt er die Lokalisation an den Prädilektionsstellen, das nur vorübergehende Resultat einer lokalen Destruktion der einzelnen Efflorescenz und den groſsen Hang zu Recidiven. Später hat WUTZDORFF dieselbe Theorie entwickelt, nahm aber an, die Psoriasis beruhe immer auf angeborener Disposition der Haut.

Diese Theorie ruht also allein auf dem Verhältnis der Krankheit zu Irritationen und auf ihrer (vermeintlichen) Erblichkeit, und scheint eigentlich nur eine Umschreibung dieser zwei Verhältnisse zu sein; sie bietet deshalb auch viele schwache Punkte dar. Da nämlich verschiedenartige Irritamente eine entsprechende Rolle, wenn auch nicht immer in eben demselben Grade, auch bei anderen Hautexanthemen von übrigens sehr verschiedenem Ursprunge (wie Urticaria, Lichen ruber, Syphilis, Variola, Scabies, Favus m. m.) spielen können, darf diesem Verhältnisse nicht so groſses Gewicht beigemessen werden, daſs eine so wesentlich darauf gegründete Theorie demnach aufgestellt werden darf. „Die Hautanlage" ist auch nicht dadurch besonders eigentümlich, daſs sie immer oder nur mit Entwickelung der Psoriasisefflorescenz reagiert, indem ja diese Patienten, wie andere, bisweilen nach Irritationen auch Ekzem (oder Dermatitis) bekommen können, und sie scheinen im ganzen eben so empfänglich wie andere Individuen für andere Hautkrankheiten zu sein. Weiter ist die Erblichkeit der Psoriasis nicht bewiesen; aber auch diese vorausgesetzt, würde, selbst nach den diesbetreffend günstigsten Statistiken, eine solche Hautdisposition nicht in der Hälfte der Fälle auf Vererbung zu beruhen angenommen werden können. Daſs Psoriasis trotz wiederholter traumatischer Einwirkungen, und selbst in (vermeintlich) hereditären Fällen, in der Regel erst mehrere oder gar viele Jahre nach der Geburt auftritt, kann nur, wie auch die bisweilen langen Remissionen, durch einen Latenzzustand erklärt werden, dessen Ursache ganz unbekannt ist. Für das punktförmige und späte Hervorkommen der Efflorescenz in „KÖBNERS Einritzen", für das zerstreute, fleckenartige Auftreten der Psoriasis, für den Wuchs der Efflorescenz u. a. m. giebt diese Theorie auch keine Erklärung. THIN, der sonst eine Theorie, die der KÖBNERschen ähnlich annimmt, meint, daſs der periphere Wuchs der Flecken beruhe auf einer Art Infektion von der kranken nach der am nächsten liegenden, gesunden

Zelle, eine Erklärung, durch welche sich die Theorie der Auffassung von Psoriasis als ein lokales, parasitäres Leiden erheblich nähern würde. Der schwächste Punkt dieser Theorie ist vielleicht doch, daſs die Natur selbst dieser Hautdisposition ganz unbekannt ist; das Einzige, das man überhaupt davon weiſs, ist, daſs ein Individuum, welches damit behaftet ist, Psoriasis hat (oder bekommt). Diese „Hautdisposition" ist also der „dartrösen Diathese" nicht ganz unähnlich, von der man auch gemeint, daſs Psoriasis ein Schöſsling wäre.

Psoriasis als hautparasitäres Leiden. — Es ist wohl von einigen früheren Verfassern angedeutet worden, daſs die Psoriasis möglich durch einen Hautparasiten hervorkäme; diese Theorie ist aber doch eigentlich zuerst von LANG aufgestellt worden, da er der Erste ist, welcher sie zu begründen gesucht. Erstens[19] wies er, vom klinischen Charakter der Krankheit ausgehend, ihre Ähnlichkeit mit den bekannten Dermatomykosen nach, später[20] fand er konstant einen (vermeintlichen) Pilz („Epidermidophyton") in den Psoriasisschuppen, und endlich[21] veröffentlichte er seine im ganzen auffallend günstigen Resultate einer gegen Psoriasis, freilich wegen der Umstände nur in sehr wenigen Fällen durchgeführten antiparasitären Behandlung. Die Abhandlungen LANGS veranlaſsten eine Reihe von Untersuchungen über den betreffenden Pilz, einige (von EKLUND, WOLFF, RUSSEL) mit positivem, andere (u. a. von NEISSER) mit negativem Erfolge. DE MATEI dagegen fand einen Mikrococcus, welchen er als Ursache der Psoriasis angab. Diese Untersuchungen scheinen jedoch abgeschlossen, nachdem RIES bewiesen, daſs der Pilz LANGS ein Kunstprodukt war, und es ist also noch kein für die Psoriasis eigentümlicher Hautparasit gefunden.

Auch durch Einimpfungsversuche an Tieren[22] und Menschen hat man die Richtigkeit dieser Theorie zu bestätigen versucht. Nach Einimpfung an Kaninchen erschien in einigen Fällen (von LASSAR, TOMMASOLI u. a.) eine psoriasisähnliche Efflorescenz; andere Fälle (von DE AMICIS, DUCREY, CAMPANA u. a.) gaben dagegen an Kaninchen wie an Meerschweinchen negativen Erfolg. In den auf verschiedene Weise ausgeführten (mit Blut und Schuppen von Psoriasispatienten oder mit Implantation von

---

[19] Vers. einer Beurt. der Schuppenfl. nach ihrem klinischen Charakter. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1878. pag. 433—44.

[20] Vorläufige Mitteilung von einem neuen Untersuchungsergebnisse bei Psoriasis. *Ibidem.* 1879. pag. 257—63.

[21] Über Behandlung der Psoriasis. *Ibidem.* 1880. pag. 473—85. — Vgl. auch: Über Psoriasis in *Volkmanns Samml. kl. Vortr.* No. 208. 1881. pag. 1765—88.

[22] Es scheint doch sehr zweifelhaft, ob Psoriasis überhaupt bei Tieren vorkommt; mehrere moderne Veterinärpathologen (wie Prof. BANG, FRIEDBERGER und FRÖHNER) wollen sie nie bei den Haustieren beobachtet haben. In den einzelnen Angaben (von HÖRING, HAFNER, JANZER, TENHOLT) über zufällige Überführung der Psoriasis von Tieren auf Menschen scheint es sich auch wohl um einen Herpes tonsurans gehandelt zu haben.

Psoriasishaut), doch aber im ganzen kaum sehr zahlreichen Inokulationsversuchen an Menschen (von Alibert, Wutzdorff, De Amicis, Ducrey, Hammer, Block) gab es immer ein negatives Resultat, den vorher erwähnten Versuch von Destot ausgenommen, welcher jedoch, wie er vorliegt, weder als Beweis noch als Widerlegung der Auffassung von Psoriasis als ein lokales, parasitäres Leiden dienen kann, und da auch von den Versuchen an Tieren keine Schlüsse gezogen werden dürfen, ist man dabei der Lösung der Frage nicht näher gekommen.

Man wäre jedoch, zufolge Analogien mit anderen parasitären oder jedenfalls unzweifelhaft ansteckenden Hautleiden nicht berechtigt, diese Theorie aufzugeben; es ist trotz zahlreicher Untersuchungen ja nicht gelungen, den Mikroorganismus nachzuweisen, welcher gewifs den bisweilen sehr ansteckenden Formen von Alopecia areata, wie mehreren anderen wahrscheinlich parasitären Hautleiden, z. B. Eczema seborrhoicum u. a. m. zu Grunde liegen mufs; und wenn Psoriasis nicht von Hyphomyceten, sondern von schwieriger nachweisbaren Schizomyceten (vgl. De Matei) herrühre, hat man in Lupus ein Beispiel, dafs solche aufserdem in sehr geringer Zahl sich finden können. Auch für das negative Resultat der Einimpfungsversuche giebt es Analogien, indem Dermatomykosen sich oft sehr schwierig auf diese Weise überführen lassen; dieses gilt, was auch Lang bemerkt, besonders von Pityriasis versicolor, welche trotz vieler Versuche überhaupt nur in sehr wenigen Fällen (Köbner, Hublé) durch Einimpfung übertragen worden ist. Als Anhalt dieser Theorie bleiben also nur, wie bei den anderen Theorien, die allgemeinen klinischen und ätiologischen Verhältnisse der Krankheit, auf denen auch Lang ursprünglich seine Theorie basierte.

Dieser Verfasser hebt besonders die Identität der Form und des Wuchses der Efflorescenz bei Psoriasis und den Dermatomykosen hervor, indem sie in beiden punktförmig anfängt und bei peripherem Wuchs scharf abgegrenzte runde Flecken, Ringe und gyrirte Figuren bildet, oder, wie besonders bei Pityriasis versicolor, diffus verbreitete Flächen. Durch eine mehr träge oder schnellere Vegetation des vermuteten Pilzes und die dabei auf dem Nährboden (der Haut) hervorgerufenen Veränderungen erklären sich weiter sehr leicht, und ebenfalls ganz in Übereinstimmung mit den Verhältnissen bei den Dermatomykosen, sowohl die oft lange Zeit stationären Psoriasisplaques, als im ganzen die verschiedene Wuchsenergie der Flecken, und weiter wird eine frische Aussaat des Pilzes die akuten Exacerbationen mit zerstreuter Efflorescenz erklären. Auch für die bisweilen gruppenweise zusammengestellten Flecken und besonders für die häufig als „Satellites“ im Anschlufs an eine gröfsere Plaque, oft wie serpiginös um die Peripherie derselben auftretenden kleineren Flecken kann keine andere Theorie eine natür-

lichere Begründung geben, wie auch nicht für das von LANG in diesem Zusammenhang besonders hervorgehobene Verhältnis, dafs bei Zusammentreffen zweier oder mehrerer peripherisch wachsender Ringe eine Resorption der einander berührenden Bogenteile vorgeht.

Als Ursache der vorzugsweisen Lokalisation der Efflorescenz an gewissen Prädilektionsstellen erwähnt LANG die gerade an diesen Stellen besonders günstigen Bedingungen für das Anhaften des vermuteten Pilzes, da die Haut hier (Ellenbogen und Tuberositas tibiae) oft verdickt und rauh und nicht selten, wie auch im Haarboden, fein schuppig ist. Äufsere Irritamente (Druck und Reibung der Kleider m. m.), die gerade diesen Zustand der Haut hier verursachen, haben ja im ganzen eine grofse Bedeutung für die Lokalisation der Psoriasis wie auch der parasitären Leiden, ob auch nicht immer in gleichem Grade; die Lokalisation von diesen wird jedoch deshalb nicht immer dieselbe sein, wahrscheinlich weil die verschiedene (anatomische und physiologische) Beschaffenheit der Haut (d. h. des Nährbodens) auf verschiedenen Stellen des Körpers (besonders den Extensor- und Flexorseiten) auch ungleiche Lebensbedingungen für die verschiedenen Parasiten bedingt. So soll Favus (F. HEBRA und KAPOSI) bei Lokalisation aufserhalb des Haarbodens vorzugsweise, eben wie Psoriasis, die Streckseite der Extremitäten und den Truncus ergreifen, im Gegensatze zu Dermatomycosis circinata. Eine symmetrische Verteilung der Efflorescenz findet sich bei anerkannten parasitären Leiden (Scabies, Dermatomycosis circinata etc.) ebenso ausgeprägt wie bei Psoriasis und erklärt sich leicht durch die in anatomischer und physiologischer Rücksicht identischen Bedingungen, welche symmetrische Hautstellen für den Wuchs eines Parasiten darbieten in Verbindung mit den gewöhnlich symmetrisch einwirkenden äufseren Irritamenten. Die Nägel werden sowohl von Psoriasis wie von Mykosen angegriffen, und wie LANG es hervorhebt, die Krankheitsformen sind analog (vergl. auch KAPOSI u. a.). Volae werden vielleicht (nach LANG) ebenso selten von Dermatomykosen wie von Psoriasis [23] und die Schleimhäute von keiner dieser Krankheiten angegriffen.[24] Psoriasis mufs, wie vorher erwähnt, mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit überhaupt für ein nur lokales Hautleiden gehalten werden, welchem, wie LANG anführt, ebenso wenig als den Dermatomykosen ein Leiden irgend eines inneren Organs zu Grunde liegend nachgewiesen ist. Auch in pathologisch-anatomischer Rücksicht wird für diese Theorie kein

---

[23] Wie vorher angeführt, ist diese Lokalisation doch nicht so selten, wie gewöhnlich angenommen wird; dies ist vielleicht auch nicht der Fall mit Trichophytia palmae. (Vgl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887. No. 23. Referat vom Kongrefs in Pavia (PELLIZARI).

[24] KAPOSI hat doch einen sonderbaren (alleinstehenden) Fall von akutem, universellem Favus gesehen, wo nach dem Tode Favusfoci an den Schleimhäuten des Oesophagus und des Ventrikels nachgewiesen wurden.

Hindernis da sein, und in betreff des Geschlechts und des Alters sind die Verhältnisse beinahe dieselben für Psoriasis wie für Favus und Dermatomycosis circinata. Daſs der Unterschied zwischen den Geschlechtern wesentlich nur darin besteht, daſs Psoriasis viel häufiger bei erwachsenen Männern als Weibern auftritt, scheint gerade darauf beruhen zu können, daſs die Männer im ganzen gröſsere Gelegenheit zur Ansteckung haben; auch Favus soll bei Männern häufiger als bei Weibern vorkommen. Endlich giebt es auch in der unregelmäſsigen geographischen Verbreitung der Psoriasis, in ihrer Einfluſsbarkeit durch Jahreszeiten und selbst in ihrem relativen Häufigkeitsverhältnisse zu anderen Hautleiden Ähnlichkeiten mit den Dermatomykosen.

Unter Verhältnissen, die anscheinend gegen diese Theorie sprechen könnten, erwähnt Lang die Heredität bei Psoriasis, welche er meint durch eine vererbte individuelle Hautdisposition erklären zu können, und es ist ja auch, sowohl nach Erfahrungen von Einimpfungsversuchen wie nach Beobachtungen von Übertragungen oder richtiger Nicht-Überführungen parasitärer Leiden im gemeinen Leben, unzweifelhaft, daſs das Hautorgan bei verschiedenen Individuen, gar unter denselben Lebensbedingungen, von höchst verschiedenem Werte als Nährboden eines Parasiten sein mag. Da Psoriasis aber am häufigsten nur bei dem Patienten selbst vorkam, in wenigeren Fällen in der direkt aufsteigenden Geschlechtslinie, und noch ein wenig seltener nur bei zweï oder mehreren Geschwistern — Verhältnisse, die nicht an und für sich für die Heredität der Psoriasis sprechen —, so mag die dieser Theorie zufolge vermutete Hautdisposition (d. h. ein für das Gedeihen des supponierten Pilzes günstiges Hautorgan) auch vorkommen, ohne gerade von einem Individuum mit derselben Krankheit vererbt zu sein, möchte sich überhaupt bei einer groſsen Menge Individuen finden, also ganz wie vorausgesetzt werden müsse, wo die Rede von einem für parasitäre Leiden im allgemeinen empfänglichen Hautorgan war.

Rücksichtlich des zweiten für ein parasitäres Leiden ebenso wesentlichen Faktors, nämlich der Ansteckungsquelle, so liegt sie ja sehr nahe in den Fällen, wo Psoriasis bei den Eltern oder anderen nahen Verwandten des Patienten vorkommt, und wie vorher erwähnt, fing Psoriasis auch viel häufiger im Kindesalter bei den Individuen an, in deren direkt aufsteigender Geschlechtslinie sich diese Krankheit fand, als bei anderen, wo dies nicht der Fall war. Wenn es sich wirklich hier um eine Ansteckung und nicht um eine direkte Vererbung handle, so würde man auch erwarten können, die Eltern bisweilen später als die Kinder angegriffen zu finden, eine Möglichkeit, die bis jetzt ganz unberücksichtigt geblieben; wenigstens bei einem unserer Patienten war nun aber das Verhältnis wirklich so, die Mutter bekam die Krankheit zum

ersten Male erst längere Zeit nach der Tochter. Da aber Psoriasis am häufigsten in einem früheren Alter anfängt, werden solcher Fälle allerdings nicht viele sein.

Es ist von mehreren Seiten gegen diese Theorie angeführt worden, daſs kein Fall bekannt war mit Übertragung zwischen Individuen, die, ohne verwandt zu sein, in naher Berührung mit einander lebten, z. B. nicht zwischen Gatten. Lang findet die Ursache dazu in der oben erwähnten Hautdisposition und führt das Verhältnis bei Pityriasis versicolor an, wo gerade eine solche Übertragung nur äuſserst selten konstatiert ist, obgleich sich ja der Pilz in ungeheuren Mengen ganz oberflächlich in der Epidermis findet; auch bei Favus ist öfters gesehen, daſs mehrere Geschwister trotz langen Gebrauches derselben Kämme u. a. m. der Ansteckung entgangen sind.[25] Übrigens meint Lang, man könne vielleicht solche Fälle finden, wenn erst einmal die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wäre; und gewiſs, wenn man a priori davon ausgeht, daſs die Krankheit nicht ansteckend sei, werden solche möglich vorkommende Fälle übersehen oder wegerklärt werden. Trotz des Mangels an Aufmerksamkeit, welcher diesem Verhältnisse zu teil geworden ist, haben wir doch mehrere solche Fälle sammeln könnnen. Auf dem Kongresse in Kopenhagen 1884 teilte Unna einen Fall mit, wo drei Kinder einer völlig psoriasisfreien Familie kurz nacheinander Psoriasis bekamen, bald nachdem sie eine Wärterin mit dieser Krankheit bekommen hatten. Unter unseren privat behandelten Patienten kam ein ganz ähnlicher Fall vor, nur handelte es sich hier um ein Kind. In sechs von Poors[26] (66 hereditären) Fällen kam Psoriasis bei beiden Eltern des Patienten vor, gleichfalls hatten beide Groſseltern mütterlicher Seite eines unserer Patienten Psoriasis. Hammer[27] teilt einen Fall mit, wo Vater und Tochter gleichzeitig wegen einer kürzlich angefangenen Psoriasis behandelt wurden, die Mutter und ihre Schwester hatten lange daran gelitten. Einer von McCall Andersons[28] Patienten bekam Psoriasis nach mehrjährigem Zusammenleben mit einer psoriatischen Gattin. Aubert[29] teilt zwei Fälle mit, wo der Ehemann Psoriatiker war, und wo sein Weib es später wurde. Bei einem der Patienten Augagneurs[30] mit professionellem Ekzem wurde dieses Ausgangspunkt einer später generalisierten Psoriasisefflorescenz, nachdem

---

[25] Dieses Verhältnis wird öfters in Jahresberichten des „Allgemeinen Hospitals“, 2. Abtheilung (R. Bergh) hervorgehoben. Die Ansteckungsverhältnisse bei Favus sind ja übrigens früher (z. B. von Alibert) durch Heredität erklärt worden.

[26] *Schmidts Jahrb.* Bd. 78. 1878. pag. 148. (Refer.)

[27] Über Psoriasis vulgaris. *Mittheil. aus d. med. Klin. zu Würzburg.* Bd. II. 1886. pag. 404—5.

[28] *On Psoriasis and Lepra.* 1865. pag. 37.

[29] In der Diskussion über: Destot und Augagneur: Inoculabilité du Psoriasis. l. c. pag. 132.

[30] Ibidem.

er vier Monate auf dem Hospital zwischen zwei Psoriasispatienten gelegen; bei einem anderen Individuum entwickelte sich gleichfalls auf dem Hospitale eine Psoriasis aus einer artifiziellen Dermatitis. Da diese Fälle von AUGAGNEUR als Stützen einer parasitären Theorie angeführt sind, mufs es angenommen werden, obgleich es nicht ausdrücklich erwähnt ist, dafs es sich hier um einen ersten Ausbruch gehandelt hat. Noch teilt BEISSEL[31] ein paar Fälle mit, wo zwei Brüder gleichzeitig auf einer gemeinschaftlichen Reise zum erstenmal Psoriasis bekamen, wie auch zwei Cousinen, nachdem sie in demselben Bette geschlafen; diese Fälle sind jedoch wegen der Verwandtschaft der Patienten von weniger Bedeutung; aufserdem hatte der Grofsvater der letzten Psoriasis. Noch ist zu bemerken, dafs die Patienten bisweilen selbst meinen angesteckt zu sein; so behauptete u. a. einer unserer Patienten mit Psoriasis an den Unterextremitäten (erster Ausbruch) bestimmt, dafs er die Krankheit durch Gebrauch der Beinkleider eines anderen Psoriasispatienten bekommen hatte; solchen Angaben darf doch natürlich nicht grofses Gewicht beigemessen werden. Diese, obgleich im ganzen verhältnismäfsig ziemlich wenigen Fälle, welche auf eine direkte Übertragung durch Ansteckung deuten, in Verbindung mit den anderen hier erwähnten Momenten scheinen das Hereditätsdogma ziemlich unhaltbar zu machen und fordern zu weiteren Nachforschungen nach derartigen Fällen auf.

Dafs verschiedene Hautirritationen öfters der Sitz der Psoriasis werden, erklärt LANG als auf einer Einimpfung beruhend, indem die betreffende Hautstelle dabei vermutlich für das Anhaften und den Wuchs eines Parasiten besonders geeignet wird, und er nennt diesbezüglich die Bedeutung, welche Kratzen für die weitere Verbreitung der Dermatomykosen hat; übrigens können auch andere Irritationen einen ähnlichen Einflufs bei parasitären Hautleiden haben (wie z. B. bei Scabies, Favus [AUBERT]). Eine Einimpfung an irritierten oder von anderen Hautleiden (z. B. Ekzem) angegriffenen Hautstellen wird so viel leichter bei einer parasitären Hautkrankheit vermutet werden können, als die parasitären Elemente, wie man (KAPOSI) in einem Falle von verbreitetem Favus konstatieren konnte, sich wahrscheinlich nicht blofs in der Efflorescenz selbst finden, sondern auch an der Oberfläche der gesunden Haut zerstreut; und wo Kratzstreifen der Sitz der Efflorescenz werden, wie nicht so selten bei Psoriasis, und wie wir es auch in Fällen von Ecthyma und Impetigo contagiosa (FOX) gefunden, ist es am natürlichsten, eine direkte Einimpfung durch die Nägel anzunehmen. Was aber in ganz besonderem Grade die Auslegung LANGS vom Verhältnis der Psoriasis zu Irritationen wahrscheinlich macht, sind die

[31] Aachen als Kurort. 1889. pag. 130.

näheren Details bei der Entwickelung der Efflorescenz bei „Köbners Einritzen", was sonderbar genug Lang selbst nicht hervorhebt. Dieses wird nämlich, wie vorher erwähnt, ganz oberflächlich in die Epidermis gemacht, so dafs kein Bluten entsteht. Eine Efflorescenz scheint nur im Progressionsstadium der Krankheit und zwar nur in einer geringeren Zahl der Fälle hervorzukommen, und wenn gleichzeitig mehrere Einritzungen gemacht werden, entwickelt sich Psoriasis nicht immer in allen. Die Flecken, gewöhnlich mehrere, fangen immer punktförmig im Ritz an und nie vor dem Verlaufe einiger Tage, gewöhnlich 8 bis 10, selten ein wenig später. Diese Verhältnisse, und besonders das punktförmige Auftreten nach einem ziemlich konstanten Minimum von Zeit, welches einer latenten Keimzeit [32] entsprechen könne, scheinen da eben dergestalt zu sein, wie man erwarten müsse, wenn es sich wirklich um eine Einimpfung mit Parasiten handelte; [33] ob die Efflorescenz nach einer ebenso oberflächlichen Irritation und auf dieselbe Weise erscheinen würde, wenn Psoriasis von einer generellen Infektion herrührte, wäre vielleicht nicht unmöglich, obgleich kaum sehr wahrscheinlich — Köbner bekam auch nie Efflorescenz durch Einritzen bei Syphilispatienten — allerdings können keine der anderen pathogenetischen Theorien eine nur annähernd natürliche Erklärung dieses Verhältnisses leisten.

Für die nicht gerade häufigen Fälle, wo die Krankheit zum ersten Male an irritierten Hautstellen (nach Schröpfen, Umschlägen etc. s. früher) oder in einer anderen Efflorescenz angefangen hat, und überdies bei nicht „hereditär disponierten" Individuen, scheint diese

---

[32] Köbner (*Klin. u. experim. Mitth. aus d. Derm. u. Syph.* Erlangen. 1864. pag. 23) fand bei Inokulation mit Trichophyton tonsurans an Menschen, dafs die Efflorescenz 4—5 Tage, bei Inokulation an Kaninchen etwa 8 Tage danach erschien. — Auch nach Inokulation mit Achorion Schönleinii zeigt sich die Reaktion erst nach mehreren Tagen.

[33] Wenn diese Auffassung richtig ist, wäre zu erwarten, dafs man bei sterilem Einritzen an einer vorher desinfizierten und danach mit sterilisiertem Wasser abgespülten psoriasisfreien Hautstelle nie Efflorescenzen bekommen würde, wenn gleich danach die Stelle mit einem sterilen Watteverband zugedeckt wurde; wogegen Efflorescenzen wahrscheinlich hervorkommen würden, wenn vor dem Anlegen des Verbandes Schuppen von einem wachsenden Psoriasisflecken im Ritz eingerieben wurden.

Wir haben einen solchen Versuch, der nicht früher vorgeschlagen scheint, einige wenige mal unternommen, indem beide Ritzungen, sowohl mit als ohne Schuppeneinreibung, natürlich an demselben Individuum ausgeführt wurden, bei dem zugleich ein drittes gewöhnliches Einritzen ohne Kautelen aufserhalb des Verbandes gemacht; die drei Einritzungen haben doch alle jedesmal negativen Erfolg gegeben. Weitere Versuche dieser Art werden aber aller Wahrscheinlichkeit nach eine nähere Begründung dieser Theorie geben; da aber einzelne positive Resultate nichts beweisen, indem auch unter gewöhnlichen Verhältnissen Efflorescenz nur in einem von zwei gleichzeitig gemachten Einritzen hervorkommen kann, müssen solche Versuche natürlich in gröfserer Menge vorliegen bei Individuen, die in der Versuchszeit am liebsten nicht der Behandlung unterworfen sind und deren Psoriasis im Entwickelungsstadium ist.

Theorie auch die beste Begründung zu geben; besonders gilt dieses auch für solche Fälle, wo Psoriasis (erster Ausbruch) nach Vaccination (s. früher) angefangen hat, indem Psoriasisefflorescenzen zuerst an der Inokulationsstelle entweder nach dem Abfallen des Schorfes oder, wo die Vaccine fehlschlug, einige Tage nach der Einimpfung hervorkamen, und kurz darnach in akutem, zerstreutem Ausbruche; in wenigstens zwei dieser Fälle (ROHÉ) ist angegeben, daſs Psoriasis in der Familie der Patienten nicht vorkam. Gegen dieses mag eingewendet werden, daſs animalische Vaccine benutzt wurde, und daſs Psoriasis kaum unter Kälbern vorkommt; daſs aber die Ansteckungsquelle unter solchen Verhältnissen nicht stets nachzuweisen sein kann, zeigen u. a. die von HAGER[34] erwähnten Epidemien von Herpes tonsurans (oder Impetigo contagiosa), welche gleichfalls im Anschluſs an die Vaccination (mit sowohl animalischer als humanisierter Lymphe) und mit der Einimpfungsstelle als Ausgangspunkt der Efflorescenz auftraten.

Wie die Empfänglichkeit für parasitäre Leiden bei den verschiedenen Individuen für verschieden gehalten werden muſs, ist dieses wahrscheinlich auch der Fall mit demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten, indem vorübergehende oder besonders dauernde Störungen oder Veränderungen der Ernährung die Haut, welche dem Parasiten als Nährboden dient, absolut beeinflussen müssen. In diesem Verhältnisse, früher von KÖBNER erwähnt, sieht LANG eine Erklärung des heilenden Einflusses, welchen Leiden, von tiefen Ernährungsstörungen oder von Fieber begleitet, oft auf Psoriasis ausüben; nach dem Aufhören derselben kehrt die Efflorescenz gewöhnlich auch zurück. Parasitäre Leiden, wie Favus und Scabies, bieten in dieser Rücksicht ganz analoge Verhältnisse dar, wie es im ganzen nicht ungewöhnlich ist, daſs Dermatomykosen ebenso wie Psoriasis spontan schwinden. Von diesem Gesichtspunkte aus möchte ebenfalls die bisweilen während der Gravidität eintretende Resolution der Psoriasis (mit Rückkehr während der Lactation) vielleicht erklärt werden, sowie auch der Einfluſs, welchen veränderte Lebensverhältnisse oft auf diese Krankheit zu haben scheinen. Ob der verschlimmernde Einfluſs, den Alkoholismus und rheumatische Leiden bei einigen Individuen gewiſs auf die Psoriasis haben, umgekehrt in einer unter diesen Verhältnissen für einen Parasiten günstigen Ernährungsveränderung der Haut zu suchen wäre, kann kaum für ganz unwahrscheinlich gelten, da man mit demselben Rechte annehmen darf, daſs die Empfänglichkeit unter gewissen Verhältnissen gesteigert, als daſs sie unter anderen verringert werden kann.

---

[34] Animale Lymphe und Herpes tonsurans. *Berl. klin. Wochenschr.* 5. März, 1888. pag. 197.

Gegen LANGS Theorie hat man die Einwendung gemacht, dafs Psoriasis durch interne Behandlung schwinden kann; hierzu wäre zu bemerken, was auch LANG andeutet, dafs vielleicht das Arsen, obgleich es nur in geringer Menge im Blut zirkuliert, doch antiparasitär wirken möge,[35] und das Verhältnis wird übrigens auch in Bezug auf das vorher Erwähnte so aufgefafst werden können, dafs der andere Faktor, die Haut, bei diesem Zuführen eines fremden Stoffes, was besonders bei Anwendung des Jodkaliums in grofsen Gaben in überaus reichlicher Menge geschieht, ein für den Wuchs des Parasiten weniger geeigneter Nährboden wird. Übrigens ist innere Behandlung ja bei weitem nicht immer wirksam, und wird am häufigsten zugleich mit äufseren Mitteln verwendet, welche letztere heute für die zuverlässigsten gehalten werden dürften; BROCQ[36] führt eben an, dafs „für die älteren Verfasser die interne Behandlung der Psoriasis alles war, für die heutigen so zu sagen nichts". Die gegen Psoriasis wirksamen äufseren Mitteln sind ja eben die antiparasitären (besonders Chrysarobin[37] und Theerpräparate) und, wie vorher angeführt, hat auch LANG speziell eine antiparasitäre Behandlung gegen diese Krankheit in Anwendung gebracht, indem er besonders auf die methodische Durchführung der Behandlung Gewicht legt und darauf, dafs der Patient wo möglich einige Zeit vor dem Entlassen beobachtet wird. Seine Resultate dieser Behandlung waren auch in betreff des Wegbleibens oder des späten Eintretens der Recidive bei der, wegen der Verhälnisse gewifs nur geringen Anzahl von Individuen unzweifelhaft erheblich besser, als was nach gewöhnlichem Behandlungsverfahren zu erwarten wäre, wo in der Regel nicht so viel Gewicht auf das Entfernen jeder Spur der Efflorescenz gelegt wird. Übrigens soll Psoriasis auch nach anderen Verfassern (DEVERGIE, BROCQ, EICHHOFF, SCHULTZ) und gleichfalls nach äufserer Behandlung viel weniger zu Recidiven geneigt sein, wenn die Efflorescenz ganz beseitigt ist, als wenn ein Rest zurückbleibt; hinreichende Untersuchungen zur Erleuchtung dieses Verhältnisses liegen jedoch nicht vor.

Indessen sind der stetige Hang zu Recidiven und die deshalb vermeintliche Unheilbarkeit der Krankheit gegen diese Theorie angeführt worden. Auch gegen diese Einwendung hat LANG das Verhältnis bei Pityriasis versicolor hervorgehoben, welche, wie bekannt, gern

---

[35] UNNA (*Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1880. pag. 550), der eine sehr alte Psoriasis gyrata durch auswendigen Gebrauch von Vaselin. kali arsenic. (p. 1 — 30), eine nicht ätzende Salbe, schnell schwinden sah, stellt dieselbe Vermutung auf.

[36] *Trait. des mal. de la peau.* 1890. pag. 704.

[37] In der Wirkung des Chrysarobins, der Pyrogallussäure und des Anthrarobins, nämlich durch Absorbierung des Oxygens, hat man (BIENSTOCK) auch einen Beweis für die parasitäre Natur der Psoriasis gesehen, weil dadurch dem vermeintlichen Pilz eine notwendige Lebensbedingung, das Oxygen, entzogen würde.

recidiviert, selbst nach mehrmaliger Behandlung. BIENSTOCK[38] meint, dafs die möglich auch auf den gesunden und deshalb nicht behandelten Hautstellen zerstreuten Keime (s. früher) des vermeintlichen Pilzes die Recidive verursachen und hält es daher für vorteilhaft, wie es an der dermatologischen Klinik zu Breslau geschieht, die Behandlung auch nach anscheinender Heilung der Psoriasis mehrere Wochen hindurch mit leichten Salicyl- oder Naphtoleinreibungen über den ganzen Körper fortzusetzen. Dafs Psoriasis nicht so selten (s. früher), sogar nachdem die Efflorescenz seit längerer Zeit geschwunden, und auch von den Prädilektionsstellen abgesehen, eben an derselben Stelle wie früher recidiviert, wird vielleicht auch in gewissen Fällen auf einer lokalen Persistenz von Sporen (in den Epidermisschichten?) beruhen, wie man (HARDY) rücksichtlich der Dermatomykosen angenommen hat, die bisweilen Wochen, ja mehrere Monate nach anscheinender Heilung wieder sollen recidivieren können. Die wahrscheinlichste Ursache dieser stetigen Recidive wird jedoch dieser pathogenetischen Auffassung von Psoriasis zufolge ganz natürlich darin zu suchen sein, teils dafs die Behandlung fast nie auf dieselbe Weise wie gegen ein parasitäres Leiden instituiert worden ist, indem in der Regel kein prinzipielles Gewicht darauf gelegt wird, jede Spur der Efflorescenz zu entfernen und den Patienten längere Zeit zu observieren (wie z. B. bei Favus), teils und nicht am wenigstens darin, dafs überhaupt nie eine Desinfektion der Kleider, des Bettzeuges und der Utensilien (wie auch Haarbürsten, Kämme etc.) des Individuums stattfindet, deren Notwendigkeit doch niemand bezweifelt, wenn es sich um Scabies, Favus etc. handelt; nicht einmal LANG hebt dieses Verhältnis hervor, wie auch bei diesem Verfasser die oft erwähnte Hautdisposition im ganzen die Ansteckungsquelle etwas in Schatten zu stellen scheint. Noch eine andere und, wie es scheint, bis jetzt ganz unbeachtete Ursache zu neuer Infektion ist das doch nicht so seltene Vorkommen der Krankheit bei anderen Individuen derselben Familie, und wegen der ziemlich grofsen Verbreitung der Psoriasis und des möglich häufigen Vorkommens des vermeintlichen Parasiten auch aufserhalb des Körpers (LANG), möchte eine Gelegenheit zu neuer Ansteckung auf andere Weise für ein empfängliches Individuum auch nicht besonders schwierig scheinen. Es sind also Momente genug, welche nach dieser Theorie als Ursachen des häufigen Recidivierens der Krankheit hervorgebracht werden können — ein Recidivieren, das eben unter diesen Verhältnissen gar unentbehrlich für die Annahme dieser Theorie sein möchte — selbst wo es sich, wie bei einigen Individuen angegeben, um eine bisweilen vieljährige, völlige Intermission handelt; ob in solchen Fällen aber auch immer von einer

---

[38] *Zur Therapie der Psoriasis.* Inaug.-Diss. Breslau. 1888. pag. 34—45.

wirklichen Intermission die Rede ist, und nicht vielmehr von einer Remission mit einzelnen und unbemerkten kleineren Flecken an den gewöhnlichen Prädilektionsstellen, wäre doch fraglich. Es darf somit nicht für ganz ausgemacht gehalten werden, dafs die Psoriasis unheilbar sei, und, wie LANG erwähnt, liegen auch Angaben von definitiver Heilung dieser Krankheit vor; gerade wegen der oben erwähnten Angaben von mehrjährigen Intermissionen kann jedoch andererseits diesen Berichten kein besonderes Gewicht beigemessen werden.

Obgleich für die hier erwähnte Auffassung kein wirklicher Beweis vorliegt, werden doch unzweifelhaft die oben vorgebrachten Verhältnisse, die hauptsächlich von LANG angegeben, von uns aber in verschiedenen Richtungen weiter ausgeführt und in wesentlichen Punkten suppliert sind, die allergröfste Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit der Theorie leisten — (die Ursache seien entweder Hyphomyceten oder Schizomyceten). Aus einer Zusammenstellung mit den anderen pathogenetischen Theorien zur Erklärung der Psoriasis wird auch hervorgehen, dafs dieselben zum Teil sehr wesentliche Verhältnisse unerklärt gelassen oder nur eine gesuchte Begründung dafür gegeben haben müssen, und dafs sie andererseits teilweise einen Anhalt in nicht wohl konstatierten Relationen zwischen dieser Krankheit und anderen Leiden haben suchen müssen. Die pathogenetische Auffassung, für welche die relativ besten Argumente vorzubringen wären, ist die Theorie von einer generellen Infektionskrankheit, eine solche mufs aber auch notwendigerweise wesentliche Punkte mit einem lokalen parasitären Leiden gemeinschaftlich haben. Dafs diese letztere Theorie aber bis jetzt nicht viele Anhänger zu haben scheint, erklärt sich gewifs durch die vergebliche Nachforschung nach dem Parasiten und besonders auch durch die seit langen Zeiten eingewurzelte Vorstellung von der Erblichkeit und wohl auch von der Unheilbarkeit der Psoriasis. Andererseits wird, wenn von einem parasitären Leiden die Rede ist, nicht immer hinreichendes Gewicht auf den Zustand des Nährbodens (d. h. der Haut) gelegt, welcher sowohl individuell, als bei jedem einzelnen Individuum temporär verschieden und notwendigerweise von dem ganzen Stoffwechsel abhängig ist, und welcher bisweilen auf ganz unerwartete Weise einwirken kann; diese Verhältnisse sind im ganzen bisher nicht näher studiert worden. Gegen die parasitäre Natur der von LANG so oft herangezogenen Pityriasis versicolor könnten gewifs noch mehr Einwendungen aufgestellt werden — den Pilz als unbekannt vorausgesetzt — als es mit Psoriasis der Fall ist.

Natürlich ist es bei dieser Auffassung der Krankheit notwendig, die Behandlung darnach einzurichten, das heifst wie LANG eine prinzipiell auf äufseren, antiparasitären Mitteln (besonders Chrysarobin, Theerpräparaten m. m. in Verbindung mit Bädern etc.) basierte Behandlung

einzuschlagen, während einer inneren Medikation (mit Arsenik, Jodkalium) nur unter gewissen Verhältnissen eine Bedeutung als die Heilung eventuell beschleunigend beigemessen werden könne. Es ist gleichfalls notwendig, jede Spur der Efflorescenz zu entfernen und eventuell, wie von BIENSTOCK erwähnt, eine Nachbehandlung der ganzen Haut anzuwenden, samt den Patienten einige Zeit unter Observation zu halten. Um schließlich die Möglichkeit neuer Ansteckung zu entfernen, muſs eine Desinfektion stattfinden sowohl von Kleidern wie Bettzeugen und allen Utensilien, an welchen Keime anhaften können; selbst nach diesem Verfahren wird noch Gelegenheit zur Ansteckung sein, wenn die Verwandten des Patienten, welche an derselben Krankheit leiden, und mit welchen er in nahem Verkehr lebt, nicht derselben Behandlung unterworfen werden. Erst dann wird man, wie bei den notorisch parasitären Leiden, erwarten können, daſs die Psoriasis nicht zurückkehre, sondern definitiv geheilt sei.

Korrespondenz.

(Fortsetzung von S. 311, Bd. XIV, und Schluſs.)

Es wäre hier noch eine besondere Form von Abscessen zu erwähnen, welche ich durchaus nicht selten beobachtet habe, dagegen weder in chirurgischen noch dermatologischen Lehrbüchern erwähnt finde. Sie sind auf die Achselhöhle beschränkt und gehen wohl sicher von den daselbst befindlichen groſsen Schweiſsdrüsen aus; von Bubonen unterscheiden sie sich leicht durch die mehr oberflächliche Lage. Trotz derselben ist aber ihr Verlauf meist sehr langsam und schmerzhaft; dazu kommt, daſs öfters beide Axillen befallen werden und der Prozeſs nicht selten recidiviert, so daſs diese scheinbar unbedeutende Affektion recht lästig werden kann. Von Sycosis, Aknepusteln und Furunkeln läſst sich die Affektion leicht unterscheiden; auch unterliegt es keinem Zweifel, daſs ihre Entstehung durch vieles Schwitzen sehr begünstigt wird.

An den Haaren der Axilla finden sich häufig Klümpchen, welche wie eine durch Verdunstung aus dem Schweiſse ausgeschiedene Substanz aussehen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt indessen, daſs es sich um eingetrocknete Bakterienkolonien handelt, welche an den Haarschäften und nicht selten auch zwischen den Fasern derselben gewachsen sind. Bei anhaltender Schweiſssekretion vergröſsern sich dieselben, und ihre blaſs-gelbliche Farbe wird lebhaft rot; auf der anliegenden Wäsche finden

sich dann ebenfalls rote Flecke. Es handelt sich aber nicht um eine eigentliche Chromathidrose, da kein gelöster Farbstoff gefunden wird; vielmehr wuchern an den Baumwollenfasern ganz dieselben Kolonien. Offenbar ist daher der Schweiſs für dieselben eine gute Ernährungsflüssigkeit und sagt ihnen eine höhere Temperatur zu, während ich dieselben auf Nährgelatine bei Lufttemperatur nicht kultivieren konnte.

Diese Bakterien zeigen die Kokkothrixreaktion in exquisiter Weise, wenn sie successive mit Lösungen von Methylviolett und Jodkalium plus Wasserstoffsuperoxyd behandelt und dann mit Alkohol und Anilinöl entfärbt werden. Läſst man das Wasserstoffsuperoxyd weg, so erhält man mehr oder weniger regelmäſsige Stäbchen. Wie ich zuerst gezeigt habe, bieten die Leprabazillen ein ganz ähnliches Verhalten, was freilich die neueren Autoren über isoliert färbbare Bakterienanteile einstimmig verschweigen. Ja, ein Autor, der meine isoliert gefärbten Kügelchen als Kunstprodukte erklärte, behandelt diesen Befund später als etwas längst Bekanntes und findet endlich (nachdem er sich selbst mit dem Gegenstand befaſst), daſs diese Kunstprodukte zu Stäbchen auswachsen. Während nun die früher so verachteten Kügelchen von neueren Autoren zum Range von Zellkernen oder sogar Sporen erhoben werden, ist es mir durch längere Beobachtung wahrscheinlich geworden, daſs die Kügelchen tragenden Bakterien ihren Vegetationsprozeſs erschöpft haben und die Mehrzahl derselben sich auch nicht wieder beleben läſst.

Was übrigens dieses Vorkommen von Bakterien mit Kokkothrixreaktion an den Achselhaaren betrifft, so sind dieselben oder ähnliche schon früher von Babes beobachtet worden. Ich erfuhr dies erst, nachdem ch mich längere Zeit mit dem Studium derselben beschäftigt, und lieſs den Gegenstand infolgedessen fallen, möchte ihn aber doch bei dieser Gelegenheit erwähnen.

Nach dieser Abschweifung komme ich auf die Allgemeinwirkung zu hoher Temperaturen zurück. Dieselbe äuſsert sich in akuter Weise dadurch, daſs die Körpertemperatur nicht mehr reguliert werden kann und über die Norm zu steigen anfängt. Dabei können die höchstbeobachteten Zahlen erreicht werden, wie dies bei dem epidemischen Auftreten des Hitzschlages in Brasilien vor einigen Jahren so oft beobachtet wurde, daſs die Mehrzahl der Ärzte eine Epidemie von perniciösen Wechselfiebern vor sich zu haben glaubte. Es kann aber nicht nur ein perniciöser Anfall mit tödlichem Ausgange, sondern auch ein vorübergehendes gutartiges Wechselfieber vorgetäuscht werden, wie ich an mir selbst zweimal erlebt habe. (Daher kommt es wohl auch, daſs manche Autoren Insolation als eine Ursache der Intermittens angeben.) Solche Anfälle

beginnen mit entschiedenem Frösteln und gehen durch Frost-, Hitze- und Schweifsstadium, unterscheiden sich aber von typischer Intermittens dadurch, dafs sie auch ohne Chininbehandlung sich nicht wiederholen, dafs sie auch da vorkommen, wo Intermittens vermifst wird, und dafs der einzelne Anfall mehr in die Länge gezogen ist. Natürlich fehlen auch die Plasmodien im Blute. Für die Behandlung ist eine energische Wärmeentziehung geboten; namentlich scheinen auch die neueren Antipyretica manchmal lebensrettend wirken zu können.

Bei Besprechung der chronischen Hitzewirkung mufs ich mir eine kleine Digression auf das Kapitel der sogenannten Acclimatisation erlauben, wo leider Worte und Spekulationen sich immer mehr an Stelle der fehlenden Begriffe, resp. der nüchternen Beobachtung drängen. Der Ausdruck Klima sollte lediglich für den Komplex der meteorologischen Einflüsse reserviert bleiben, während die Lokalfauna und -flora von Krankheitserregern den Genius loci endemicus et epidemicus konstituieren; als dritter wichtiger Faktor für die Morbidität eines gegebenen Ortes kommen ferner die Verhältnisse der Ernährung, besonders aber Gebrauch und Mifsbrauch von Genufsmitteln in Betracht. Endlich sind auch die Sitten und ökonomischen Verhältnisse von grofsem Einflufs auf den Bestand einer Bevölkerung. Mangel an sachverständigen Ärzten, besonders aber die Vernachlässigung der elementarsten hygienischen Bedingungen tragen das Ihrige zur Erhöhung der Morbidität und Mortalität bei. Alle diese Faktoren müssen gewürdigt werden, und es kann nichts Verkehrteres geben, als es ohne weiteres dem Klima zur Last zu legen, wenn irgendwo eine Handels- oder landwirtschaftliche Kolonie nicht weiter als bis zur zweiten oder dritten Generation gedeiht.

Todesfälle und ernsthafte Erkrankungen infolge klimatischer Bedingungen sind, wie überall, so auch in den warmen Zonen, sehr gering an der Zahl. Es ist aber auch irrtümlich, zu glauben, dafs der aus kälteren Ländern Eingewanderte den schädlichen Einflüssen des warmen Klimas mehr unterworfen sei, als der Einheimische. Im Gegenteil wird dasselbe von ihm meist weit besser ertragen, als von dem Einheimischen oder länger Angesiedelten. Die weitgehende Anpassungsfähigkeit eines kräftigen Körpers läfst die kurzdauernde Einwirkung eines warmen Klimas ohne erhebliche Folgen bleiben, während bei längerer Einwirkung sich allmählich die später zu erwähnenden Veränderungen heranbilden, welche für die Tropenbewohner selbst zu Rasseeigentümlichkeiten werden können.

Auf der anderen Seite giebt es allerdings eine ganze Reihe von Krankheiten, welche nur in warmen Zonen epidemisch und endemisch vorkommen, wahrscheinlich weil der organisierte Krankheitserreger sich aufserhalb des Körpers nur bei hoher Lufttemperatur vermehrt, während

eine direkte Übertragung nicht oder nur sehr selten stattfindet. Hierher gehören das gelbe Fieber und verschiedene, mit Unrecht zur Malaria gerechnete endemische Fieber, wie die einfache Remittens und die Febris biliosa haematurica. Das gröſste Hindernis für die Bekämpfung dieser Krankheiten ist unsere fast vollständige Unkenntnis ihrer Natur. Unter denselben ist es indessen nur das gelbe Fieber, bei welchem eine angebliche Acclimatisation schützend eintritt. Diese erworbene Immunität hat aber mit meteorologischen Verhältnissen gar nichts zu thun, sondern beruht auf überstandener leichter Infektion oder auf länger dauernder Einwirkung der Krankheitsursache in verdünnter oder abgeschwächter Form. Während in Rio de Janeiro, wo Gelbfieber endemisch vorkommt, der langjährige Einwohner gewöhnlich immun ist, unterliegt der Bewohner anderer, ebenso warmer, aber gelbfieberfreier Plätze der Gefahr in derselben Weise, wie der aus kalten Zonen Eingewanderte; auch die Kinder von selbst immunen Eltern erkranken sehr häufig, weil sie eben den Vaccinationsprozeſs nicht oder nur ungenügend durchgemacht haben.

Würden zwei elementare Bedingungen: Beschaffung reinen Trinkwassers und korrekte Beseitigung der Auswurfsstoffe, stets erfüllt, so lieſse sich die Mehrzahl der warmen Zonen eigentümlichen Krankheiten vermeiden oder wenigstens sehr beschränken. Hierher gehören: Gelbfieber, endemische Cholera, Ancylostomiasis und andere Helmintheninfektionen (wie besonders die durch Filarien und Distomen bedingten), ferner Amöbenenteritis (resp. tropischer Leberabsceſs) und andere Darmkrankheiten. Dagegen scheint die vielfach angeschuldigte fehlerhafte Ernährung nur bei Beriberi eine wichtige Rolle zu spielen. Was endlich das häufige Vorkommen mörderischer Pockenepidemien anbetrifft, so beruht ihre Bösartigkeit nicht auf der herrschenden Hitze, sondern auf mangelhafter Impfung, resp. Durchseuchung der betreffenden Bevölkerung, wie sich bei Wegfall dieser Verhältnisse deutlich erkennen läſst. Um zuletzt noch die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten zu erwähnen, so lieſse sich dieselbe durch geeignete Maſsregeln sehr beschränken, und dasselbe gilt auch mancherorts von Scabies.

Nach langer Beobachtung bin ich persönlich zu dem Schlusse gekommen, daſs die hohe Morbidität tropischer Plätze im allgemeinen davon abhängig ist, daſs die Sanitätsverhältnisse meistens sehr im argen liegen; bei Besserung dieser Übelstände dürfte die Morbidität vielerorts geringer werden, als in den gemäſsigten Zonen, da sie durch das Fehlen oder seltene Vorkommen von Scharlach, Diphtherie, croupöser Pneumonie, Abdominaltyphus, ferner von Rhachitis, Skrophulose und Chlorose sehr reduziert wird.

Eine höchst lästige Wirkung der Hitze ist die Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit infolge des raschen Ermattens bei selbst

geringen Anstrengungen; in manchen Fällen ist das Ermüdungsgefühl beständig vorhanden. Infolgedessen besteht die Tendenz, das Gehen so viel wie möglich durch andere Bewegungsarten zu ersetzen; gröſsere Märsche und Fuſstouren werden meist nur von Neuangekommenen gemacht, während der Eingebürgerte solche, wie er glaubt, auf die Dauer undurchführbare Versuche mit mitleidigem Lächeln betrachtet. Zu bemerken ist dabei, daſs sich diese Wirkung des Klimas meist nur allmählich einstellt und mit den Jahren zunimmt.

Übrigens macht sich auf psychischem Gebiete eine ähnliche Erschlaffung und Energielosigkeit geltend. Hand in Hand damit geht die Abnahme des persönlichen Mutes und die Furcht vor jedem schmerzhaften Eingriffe, während eine weit verbreitete Tendenz zur Hypochondrie beim männlichen Geschlechte auffällt. Unter den Frauen ist Hysterie mancherorts so verbreitet, daſs solche, welche nie ein Symptom derselben gezeigt haben, als groſse Seltenheiten gelten können. Diese und viele andere Erscheinungen weisen darauf hin, daſs es das zentrale und peripherische Nervensystem ist, welches unter dem Einfluſs der Hitze in einer noch nicht erforschten Weise leidet. Ganz verkehrt wäre es, diese Erscheinungen als auf Anämie beruhend zu betrachten und zu behandeln. Die angebliche Anämie der warmen Länder beruht nur auf einer geringeren Füllung der oberflächlicheren Hautgefäſse, namentlich des Gesichts, während in der Färbung der Schleimhäute kein Unterschied bemerklich ist. Dieser Standpunkt, den ich, gestützt auf makroskopische Beobachtung, immer verfochten habe, ist neuerdings von mehreren Seiten durch Blutkörperchenzählungen gestützt worden. Aber selbst eine mäſsige Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen würde diese Erscheinungen nicht erklären, da sich eine solche mit körperlichem Wohlbefinden und ziemlich harter Arbeit vereinigen läſst, wie man leicht bei geringen Graden von Ancylostomiasis beobachten kann. Deshalb sind auch die Erscheinungen, welche man so oft bei Frauen beobachtet, welche an Genitalleiden (ohne Blutverluste) kranken, durchaus nicht auf Anämie zurückzuführen, und es könnte mancher Zentner Eisen gespart werden, wenn dieses — nur bei Chlorose erwiesen nützliche — Mittel nicht bei jeder — vielfach nur supponierten — Anämie verabreicht würde.

Zu den durch ein warmes Klima hervorgerufenen Erscheinungen gehört auch die Zunahme des Haarpigmentes, welche man durch genaue Beobachtung und Vergleichung unter verschiedenen Verhältnissen lebender Familienglieder manchmal schon in der ersten (d. h. selbst eingewanderten) Generation nachweisen kann.

Ein anderes oft beobachtetes Symptom ist ein nach längerem Stehen, Sitzen oder Gehen recht deutliches leichtes Ödem über der Tibia, welches ohne nachweisbare Ursache und auch bei jüngeren Leuten gefunden wird.

Für die Beobachtung aller der hier erwähnten Wirkungen eines warmen Klimas sind die Sandwichinseln nicht besonders geeignet, da eine excessive Hitze daselbst sowohl zeitlich, wie örtlich selten ist. Dagegen herrscht vielerorts beinahe das ganze Jahr eine Temperatur, welche die Bekleidung des Körpers als überflüssig und beinahe lästig erscheinen läſst. Wir zweifeln auch gar nicht daran, daſs die Einführung derselben an der zunehmenden Apathie der Eingeborenen wenigstens teilweise schuld ist.

Die eigentümliche Erschlaffung des Nervensystems, welche dem warmen Klima eigentümlich ist, weicht wenigstens vorübergehend dem Gebrauche mancher Stimulantien, und solche sind daher auch überall im Gebrauch. Als eines der unschuldigsten darf wohl der Kaffee gelten; wenigstens sind mir in langer Beobachtung keine üblen Folgen vorgekommen, welche sicher nur auf dessen Genuſs zurückzuführen wären. (Dagegen habe ich von Tabak öfters Störungen der Herzthätigkeit gesehen). Weit schlimmer steht es mit dem Alkohol, der mancherorts viel zur Erhöhung der Mortalität beiträgt. Zweifellos muſs es als ein groſser Übelstand angesehen werden, daſs alle alkoholischen Getränke, um in einem warmen Klima haltbar zu sein, einen viel höheren Gehalt haben müssen. Infolgedessen machen sich bei fortgesetztem und reichlichem Gebrauche — auch ohne eigentliche Unmäſsigkeit — leicht schädliche Folgen geltend, welche in Fettsucht, chronischem Magenkatarrh, Herzverfettung und dergleichen bestehen und mit denen eine sehr herabgesetzte Resistenzfähigkeit bei interkurrenten akuten Krankheiten verbunden ist. Es kommt aber auch in solchen Fällen nicht selten zu chronischen Nephritiden und selbst zu Lebercirrhose, während Delirium alcoholicum bei Leuten, welche regelmäſsig viel, aber scheinbar nie zu viel trinken, viel seltener zu sein scheint. Zu der Verbreitung dieser gefährlichen Gewohnheiten trägt in Handelskolonien der Mangel an harmloseren Zerstreuungen viel bei, während die Gelegenheit zum Annehmen derselben sich namentlich in guten Zeiten reichlich bietet.

Auf Hawaii würde der Alkoholismus weit gröſseren Schaden anrichten, wenn demselben nicht durch strenge Gesetze möglichst gesteuert würde. Der Kanake ist, wie andere Naturvölker, mit dem bloſs anregenden Effekte des Alkohols nicht zufrieden, sondern will den vollen Effekt haben, weswegen für ihn die Gefahr auch eine viel akutere ist. Leider scheint neuerdings unter den Eingeborenen auch der Opiumkonsum eine gröſsere Ausbreitung zu erfahren, wozu, trotzdem die Einfuhr absolut verboten ist, sich immer Gelegenheit bietet, da dieser Artikel in groſsem Maſsstabe eingeschmuggelt wird. Der gröſste Verbrauch findet natürlich unter den Chinesen statt.

Unter den Eingeborenen wird auch noch immer das — unter dem

Namen Kawa-kawa besser bekannte — Awa (Piper methysticum) als Genufsmittel gebraucht. Bei längerem Gebrauche führt dieselbe regelmäfsig zu einer Hautaffektion, welche um so interessanter ist, als sie von den sonst bekannten, durch Medikamente bewirkten Veränderungen sehr verschieden ist. Die Awahaut zeigt nämlich das Bild einer besonders an den Extremitäten - Enden stark ausgeprägten Ichthyosis, mit welcher ein gewisser Grad von Atrophie, wie er bei der senilen Haut vorkommt, verbunden zu sein pflegt. Von entzündlichen Vorgängen ist an der Haut nichts zu bemerken.



Das beigelegte Bild läfst die Eigentümlichkeiten der „Awahaut" besonders an den Händen erkennen.

Bevor ich diese lange Korrespondenz schliefse, möchte ich kurz noch zwei Gegenstände berühren:

Der erste ist die neuerdings wiederholt ausgesprochene Vermutung, dafs „Ainhum" nur eine Form von Lepra mutilans sei. Ich mufs gegen dieselbe aufs entschiedenste protestieren. Die beiden Krankheiten sind bisher niemals auf einem Individuum gefunden, haben auch weder das gleiche Verbreitungsgebiet, noch überhaupt irgend welche Ähnlichkeit. Auf den Sandwichinseln ist trotz der Häufigkeit der Lepra nie etwas von Ainhum bekannt geworden.

Der andere Punkt betrifft das überaus häufige Vorkommen von Bronchialasthma auf den Sandwichinseln. Die Fälle sind derartig gehäuft, dafs man von kleinen Epidemien sprechen möchte und nicht umhin kann, eine in der Atmosphäre gelegene Ursache zu supponieren. Obgleich es meistens dieselben Individuen sind, die befallen werden, so ist doch die Zahl solcher Asthmatiker, sowohl unter den Weifsen, wie unter den Kanaken, eine unverhältnismäfsig grofse. Es handelt sich dabei nicht um jene spasmodischen Anfälle, welche mit einer Dose Chloral coupiert werden, sondern um eine suffokative kapilläre Bronchitis, welche durch Art und Ausbreitung der Rasselgeräusche, sowie durch mangelnde Expektoration genügend charakterisiert ist. Jodkalium bringt rasche Hülfe,

indem es die trockene in eine gewöhnliche feuchte Bronchitis verwandelt, welche ihren typischen Verlauf nimmt. Nur in einem von vielen Fällen hat mich dasselbe im Stiche gelassen.

Diese Form des Asthmas habe ich nie mit Hautkrankheiten vergesellschaftet gefunden; dagegen habe ich im Sputum sowohl CHARCOTsche Krystalle, wie Spiralen gefunden.

Vielleicht liegen bei dieser endemischen Form ähnliche Verhältnisse vor wie beim Heuasthma, obgleich das Freibleiben von Niesen, Thränen der Augen etc. eine Identität ausschliefst. Das Klima allein dürfte nicht angeklagt werden, da ich ähnliche Fälle in Brasilien nur äuſserst selten gesehen habe, obgleich die klimatischen Verhältnisse sehr ähnliche waren.

San Francisco, den 10. August 1892. Dr. A. LUTZ.

Versammlungen.

II. Internationaler Dermatologischer Kongreſs in Wien vom 5. bis 10. September 1892.

Originalbericht

von

Dr. med. CARL BERLINER
in Aachen.

(Fortsetzung.)

2. Sitzung (Schluſs).

Vorsitzender: Herr KÖBNER-Berlin.

Herr PALTAUF-Wien: **Über lymphatische Erkrankungen der Haut, vom pathologisch-anatomischen Standpunkte.**

P. hatte Gelegenheit, auf dem pathologisch-anatomischen Institute mehrere Fälle dieser Art zu sehen und von einzelnen derselben die Sektion vorzunehmen. Er zieht in den Bereich seiner Betrachtungen die Mycosis fungoides d'ALIBERT, von der Pariser Schule als Lymphadenie cutanée aufgefaſst, sodann die ihr wahrscheinlich verwandte Lymphodermia perniciosa KAPOSIS, endlich die Hautveränderungen bei Leukämie mit Einschluſs derer bei Pseudoleukämie.

Die Mycosis fungoides ist nach BAZIN eine chronische Krankheit, charakterisiert im Beginn durch erythem- und lichenartige Eruptionen, später durch mehr oder minder groſse, in ihrer Form und Farbe an Tomaten (Paradiesäpfel) erinnernde Hautgeschwülste. Die Bezeichnung Mycosis fungoides rührt von ALIBERT her, der eine Ähnlichkeit zwischen dem Gewebe der fungösen Auswüchse mit manchen Pilzen fand.

Der Verlauf der Krankheit kann sich auf viele Jahre erstrecken. Gewöhnlich kommt es 3—5 Jahre, selten später, nach dem Auftreten der ersten Hauteruptionen

zum Aufschiefsen der Geschwülste. Meistens werden Männer im mittleren und höheren Lebensalter (zwischen dem 40.—60. Jahre, selten früher) von der Krankheit befallen.

Die Geschwülste der Mycosis fungoides treten häufig rapide auf, können sich jedoch oftmals schon nach wenigen Tagen auf die therapeutischen Mafsnahmen (Arsen, Naphtol camphrée) oder spontan mit Hinterlassung von pigmentierten Flecken völlig involvieren. Meistens entwickeln sich die Tumoren an bereits erkrankten, selten an vorher vollständig intakt gewesenen Hautstellen.

Man unterscheidet bei der Krankheit im allgemeinen vier Stadien:

I. Stadium. Das ekzematöse Vorstadium, charakterisiert durch erythemartige, bald schuppende, bald nässende, weiter schreitende, sehr häufig heftig juckende ekzematöse Erkrankungsherde. Fieber und rheumatische Symptome begleiten die zuweilen ganz plötzlich auftretende Erkrankung.

II. Stadium. Période lichénoide (Bazin und Fabre), Stadium infiltrationis (Köbner), charakterisiert durch linsen- bis bohnengrofse Knoten. Zuweilen schliefst sich jedoch rasch die Entwickelung gröfserer Knoten und Geschwülste an. Es ist dies das

III. Stadium, Stadium floritionis (Kaposi), Période intermédiaire (Fabre). Die Geschwülste können die Gröfse einer Mandarine, ja einer Zitrone erreichen, sind häufig leicht gekerbt oder gelappt oder in Haufen aggregiert.

Während bis dahin das Allgemeinbefinden nur wenig gelitten hat, kommt es im

IV. Stadium zur Kachexie, die in der Mehrzahl der Fälle zum Tode führt.

Wirkliche Heilungen sind nur ganz vereinzelt. Bei diesen Fällen handelt es sich vielleicht nur um den „État bénin“ der neueren, französischen Publikationen.

Eine Variante der eben beschriebenen klassischen Form der Mycosis fungoides ist der von Bazin angegebene „Type des tumeurs mycosiques d'emblée“, bei welchem sich die fungösen Geschwülste ohne das vorangehende ekzematöse Stadium auf vorher intakter Haut entwickeln, mehr umschrieben, weniger zahlreich, darum aber nicht minder unheilvoll, ja sie führen manchmal noch schneller zum Tode, als die Tumoren der ersten Form.

Kaposi unterscheidet als zweite Form eine Varietät, bei der die Krankheit ebenfalls ohne ekzematöses Vorstadium verläuft. Es kommt hier zu plattenartigen Verdickungen wie bei Sklerodermie, und nach Monaten oder nach 1—2 Jahren erheben sich dieselben stellenweise zu Knoten und Geschwülsten mit dem bekannten Verlaufe.

Eine weitere, sehr wesentliche Varietät ist die Komplikation der Mycosis fungoides mit stationären und multiplen Lymphdrüsenschwellungen, mit Vergröfserung der Milz, zuweilen auch der Leber, mit einer leukocytämischen Beschaffenheit des Blutes, kurz mit Erscheinungen, welche zu der Auffassung der Mycosis fungoides als einer Lymphadenie cutanée geführt hat. Es sind in der Litteratur eine Reihe von Fällen beschrieben, welche der Pseudoleukämie sehr ähnlich sind. Dafs Lymphdrüsenschwellungen bei einer so schweren, langdauernden Hautaffektion vorkommen, namentlich wenn sie mit Ulzerationen einhergehen, ist nichts Auffallendes, dafs aber die Geschwülste der Mycosis fungoides einen dem lymphoiden Gewebe ähnlichen Bau zeigen können, läfst die Annahme der Identität beider Prozesse als sehr naheliegend erscheinen.

Redner beschreibt im folgenden drei von ihm untersuchte Fälle, von denen zwei völlig dem gewöhnlichen Typus entsprechen, während der dritte mehr die von Kaposi hervorgehobene Varietät und daneben hochgradige pseudoleukämische Veränderungen aufweist.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein zumeist aus Rundzellen bestehendes Gewebe, das die Cutis und auch den Papillarkörper substituiert und bis in das

subkutane Zellgewebe sich erstrecken kann. Die Kontinuität der Cutis ist erhalten. Die Zellen des Infiltrates zeigen alle Eigenschaften gewucherter Bindegewebszellen, glatte, längliche Protoplasmakörper mit Ausläufern, ovalen hellen Kernen mit Chromatinsubstanz. Dazwischen befinden sich, namentlich bei gröfserem Zellreichtum, Zellen mit kleinerem Kerne. In den gröfseren Zellen wurden reichlich Mitosen bemerkt.

Die Zellwucherungen beginnen um die Gefäfse an der Basis der Papillen, im lockeren Zellgewebe um die Drüsen, sowohl Talg- als Schweifsdrüsen, um die Haarfollikel. Es sind Zeichen von Ödem vorhanden.

Der Befund der inneren Organe mit Tumorenentwickelung ergab durchwegs eine der Cutis ganz analoge Infiltration, die besonders an der Niere sehr deutlich ist.

Diskussion.

Herr Riehl-Wien: **Über Leucaemia cutis.**

Riehl steht im allgemeinen auf dem Standpunkte Paltaufs, sowohl was das klinische wie das anatomische Bild der Krankheit betrifft. Er wünscht, dafs alle neuen hierher gehörigen Fälle eingehend nach den von Paltauf betonten Gesichtspunkten untersucht werden, um Klarheit in manche ungelöste Fragen zu bringen.

R. beschreibt einen Fall von lymphatischer Leukämie bei einer 57 Jahre alten Frau. Die ersten Anzeichen der Krankheit wurden im Jahre 1889 bemerkt und bestanden in ekzemähnlichen Veränderungen an der Haut des Nackens, die sich im Laufe der Monate über die ganze Körperoberfläche verbreiteten. Gleichzeitig entstanden Drüsenschwellungen am Halse und in der Inguinalgegend. Späterhin zeigte sich die Haut stellenweise verdickt und nässend. Um die Malleolen herum und über denselben war die Haut ödematös geschwollen und auf Druck sehr empfindlich. — Zwei Drüsen am Halse und der Leistengegend erweichten und veranlafsten die Kranke, sich auf die Abteilung des Vortragenden aufnehmen zu lassen.

Der Status bei der Aufnahme war folgender: Herz und Lungen normal, Knochen unverändert, die Leber bis unter den Nabel reichend, Milz bedeutend vergröfsert. Niere normal. Temperatur 36,7°. Die Haut des ganzen Körpers ist lebhaft rot, teils glänzend, glatt, teils mit spärlichen Schuppen bedeckt, an einzelnen Stellen excoriiert. Sie ist überall auf der Unterlage verschieblich, schmerzhaft, hier und da, namentlich an den Unterextremitäten, Beckengegend, ödematös und verdickt. Die Verdickung ist namentlich im Gesichte, am Halse und in der Leistengegend sehr hochgradig, so dafs das Gesicht der Kranken an Leontiasis leprosa erinnert.

Der Blutbefund ergiebt ein Verhältnis von 1:24 bis 26. Nach Ehrlich gefärbte Präparate sichern die Diagnose der lymphatischen Leukämie.

Die Patientin starb nach längerem Spitalsaufenthalte an Herzschwäche. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose. Die Leber wog sechs Pfund, die Milz drei Pfund. Die Knochen waren wenig verändert.

Die mikroskopische Untersuchung der Leber ergab leukämische Infiltration bis um die intertrabekulären Gefäfse, welche mit weifsen Blutzellen vollgepfropft gefunden wurden. Die Milz war namentlich in den Follikeln und um die Gefäfse leukämisch infiltriert, während an der Niere nur geringfügige Veränderungen bestanden.

Die mittleren Schichten der Cutis waren überall leukämisch infiltriert und von Rundzellen mit grofsen Kernen und wenig Protoplasma durchsetzt. — Gegen die Papillarschicht und die Subcutis zu nahm das Infiltrat an Dichte ab. In diesen Regionen sah man auch spindelige Elemente, Bindegewebszellen in Proliferation. In

den Infiltraten sind mit weifsen Blutkörperchen erfüllte Lymphgefäfse mit deutlicher, endothelialer Begrenzung nachweisbar.

Auch die Blutgefäfse enthalten sehr viele Leukocyten, die roten Blutzellen fliefsen in einigen zu einer homogenen Masse zusammen.

An weniger stark affizierten Partien der Haut findet man das Infiltrat hauptsächlich um die Haarbälge, Drüsenknäuel und die gröfseren Blutgefäfse.

An vielen Hautschichten findet sich namentlich in der Umgebung der Infiltrate deutlich Ödem. Die Papillarschichte gleicht an solchen Stellen dem Schleimgewebe. Durch die Infiltrate ziehen gröbere Bindegewebsbündel und elastische Fasern.

Aufser den beschriebenen Rundzellen fallen zahlreiche Pigmentzellen auf, spärlich eosinophile Zellen; Mastzellen fehlen.

Die Epidermis ist fast überall ödematös verändert.

Dort, wo in vivo Nässen vorhanden war, findet man zahlreiche Borken auf dem Cutisinfiltrat aufliegen; die Epidermis fehlt ganz. An solchen Stellen finden sich auch Eiterzellen.

Es handelt sich im vorliegenden Falle demnach um eine Kranke, die infolge ihrer lymphatischen Leukämie an einer universellen Erkrankung der Haut litt. Ob diese Hautaffektion gleichzeitig mit den übrigen Symptomen der Leukämie einsetzte, bleibt fraglich; sicher ist, dafs die Veränderungen der Haut direkt leukämischer Natur waren.

Dieser Fall unterscheidet sich von den von BIESIADECKI und NEUBERGER beschriebenen Fällen klinisch ganz bedeutend.

Während nach den älteren Beschreibungen stets im Anfange Geschwülste aufgetreten waren, welche später erst konfluierten, zeigte sich in dem obigen Falle eine diffuse, ziemlich gleichmäfsige Erkrankung der Haut. Abgesehen von den Verdickungen war eine eigentliche Tumorbildung nicht vorhanden.

Man könnte demnach eine diffuse und eine tumorbildende Form der Leukämie unterscheiden.

Histologisch dürfte die Grenze zwischen beiden Formen nicht so deutlich ausgesprochen sein.

Die beschriebene Form der Leukämie konnte klinisch sowohl mit der Mycosis fungoides als mit der Lymphadenie verwechselt werden.

Die Untersuchung der Organe und namentlich des Blutes, ebenso die histologische Untersuchung der Haut müssen die Diagnose sicher stellen.

Es folgt Demonstration histologischer Präparate.

Herr HALLOPEAU-Paris teilt seine Erfahrungen mit, die er in Verbindung mit BESNIER an sechs Fällen von **Mycosis fungoides** gemacht.

1. Hat man einen zweifelhaften Fall von Erythrodermie vor sich, sie sei primär oder sekundär, so wird man immer an erster Stelle an eine Mycosis fungoides denken müssen;

2. die Erythrodermien der Mycosis können frühzeitig oder spät auftreten;

3. sie können dem Erscheinen der Tumoren mehrere Jahre vorangehen oder ihnen nachfolgen;

4. diese Erythrodermien verbreiten sich nur allmählich, lassen häufig gewisse Hautstrecken völlig intakt;

5. mit der Röte der Haut geht eine Verdickung derselben und eine Zunahme ihrer Konsistenz einher;

6. die Eruption kann stellenweise papulös sein; die Papeln haben oft in ihrer centralen Partie ein Härchen; in anderen Fällen zeigen sie eine Einsenkung, welche von einem Hornkegel erfüllt ist;

7. es können gleichzeitig Pigmentflecke entstehen;

8. die Eruption begleitet konstant intensives Jucken;

9. infolge des Kratzens kommt es zu Hautexkoriationen oder zu Ecchymosen;

10. mit der Affektion treten gleichzeitig sehr umfangreiche Drüsenschwellungen auf;

11. die Erythrodermie kann sich ebenso wie die Tumoren der Mycosis fungoides teilweise zurückbilden und münzenförmige, entfärbte Plaques zurücklassen, welche mit den geröteten kranken Partien durch ihre helle Färbung kontrastieren;

12. die gerötete Haut kann auf weiten Strecken abblassen und einer stärkeren Pigmentation Platz machen;

13. eine Leukämie ist nicht vorhanden;

14. die Biopsie, von Beginn der Krankheit an vorgenommen, kann wichtige Anhaltspunkte für Diagnose liefern.

Herr Breda-Padua spricht über: **Erytheme und Mikroorganismen der Mycosis.**

Seine in der Klinik zu Padua gemachten Beobachtungen faſst B. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Erythema exsudativum multiforme kann die Mycosis fungoides komplizieren, so wie es manchmal die rheumatische und die syphilitische Infektion kompliziert.

2. In der Mycosis fungoides sind einige in Entartung begriffene anatomische Elemente, die der Färbbarkeit und den Formen einiger Parasiten sehr ähnlich sind.

3. Mykotisch veränderte Gewebsschnitte und mit dem Blute von mykotischen Individuen unternommene Kulturen lassen nadelförmige Schizomyceten, Sporen, Kokken und Schimmelpilze sehen. Nur bei zwei schwer darniederliegenden Patienten konnte keines von jenen Elementen als wahre Ursache der Krankheit angesehen werden.

B. fügt noch hinzu, daſs die Untersuchung der ihm von der Direktion des anatomisch-pathologischen Instituts und von jener des Krankenhauses San Gallicano zu Rom zur Verfügung gestellten drei verschiedenen mit Mycosis fungoides behafteten Hautstücken nicht im stande waren, den obigen Schluſs in Bezug auf den Parasitismus der Krankheit zu erschüttern.

Herr van Hoorn-Amsterdam erlaubt sich die Aufmerksamkeit der Zuhörer einen Augenblick für einen dem Riehlschen in mancher Beziehung ähnlichen Krankheitsfall in Anspruch zu nehmen.

Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, das seit zwei Monaten in Beobachtung des Vortragenden stand. Dasselbe zeigte am ganzen Körper hagel- bis erbsengroſse, über das Niveau der Haut nur wenig erhabene, dem Auge nicht sehr bemerkbare, schwach bläulich-rot gefärbte Tumoren. Die gröſsten befanden sich am Rücken, kleinere in der Achselhöhle und in der Leistenregion. — Es bestand Milzschwellung. Das Allgemeinbefinden war gut.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine deutliche, wenn auch nicht beträchtliche Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen.

Unter Arsengebrauch nahmen die Tumoren nach drei Wochen ab. Jetzt sind sie fast ganz verschwunden.

Herr Köbner-Berlin berichtet über einen 45jährigen Tischler, der seit einem halben Jahre enorme Tumoren mit Schwellung der Axillardrüsen, geringer Schwellung der Milz zeigte. Als Redner zugezogen wurde, fand er eine sehr beträchtliche ödematöse Schwellung des Armes und des Skrotums vor, die er als einen Hydrops lymphaticus im Bereiche des Armes und des Skrotums auffaſste.

Es bestand Dyspnoe und Cyanose. Dem ganzen Hautleiden war ziemlich ntensives Jucken vorangegangen. Arsen hatte wenig Erfolg. Der Fall verlie letal. Die Sektion ergab makroskopisch neben vielen Pigmentflecken am Stamm und den Extremitäten umschriebene Knotenbildung in den Muskeln des Nackens und im subkutanen Fettgewebe. Die Knoten waren etwa kleinerbsengrofs. Solche fanden sich auch im Lungen- und Pleuragewebe vor.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine mächtige Wucherung von Bindegewebszellen, nirgends Riesenzellen, nirgends Tuberkelbazillen. Die Diagnose war Lymphosarkom.

3. Sitzung.

Vorsitzender: Herr Kalindero-Bukarest.

Herr Jarisch-Innsbruck: **Über Anatomie und Entwickelung des Oberhautpigmentes.**

J. vertritt insbesondere Ehrmann gegenüber denselben Standpunkt, wie wir ihn aus seinen früheren Publikationen kennen.

Für die diesbezüglichen Untersuchungen boten die braunen Flecke der Conjunctiva bulbi des Ochsen ein sehr geeignetes Objekt. An diesen Flecken findet man das Pigment sehr spärlich im bindegewebigen Anteile und zumeist deutlich in Zellen eingeschlossen, reichlich dagegen in den Epithelzellen, und zwar in Form feinster Körnchen in denjenigen Zellen, welche Vakuolen aufweisen, in Form gröberer Körnchen in den unveränderten Epithelzellen, häufig in allen Lagen, konstant aber in den Basalzellen. Hier ist das Pigment nicht, wie Ehrmann es fand, am distalen, sondern am proximalen Kernpole abgelagert und erfüllt von hier aus gleichmäfsig den proximalen Anteil der Zelle.

In der Peripherie der braunen Flecke fand J. an ganzen Schnittserien sehr häufig homogene, kugelige, tropfenförmige, das durchfallende Licht stark brechende und glänzende, das auffallende Licht aber nicht reflektierende Gebilde, deren Farbenton mit jenem des körnigen Pigmentes in den angrenzenden Retezellen vollständig übereinstimmt.

Sie zeigten die Gröfse eines roten Blutkörperchens und standen in konstanter Beziehung zum Kerne der Epithelzellen, indem sie entweder am proximalen oder distalen Kernpole oder an beiden zugleich lagerten und diese in einer ihrem Umfange entsprechenden Ausdehnung verdeckten.

J. sieht diese kugeligen Gebilde als das Vorstadium des körnigen Pigmentes an, zu dessen Bildung die Pigmentkugeln zuerst in gröbere, dann in immer feinere Körner zerfallen.

Dafs die Pigmentkugeln in die Epidermis eingeschleppt wären, ist nicht gut anzunehmen. Ihre konstante Topographie weist auf eine genetische Beziehung derselben zum Kerne hin. J. sieht dieselben direkt als ein Produkt des Kernes an.

Die Befunde, die J. an der Ochsenconjunctiva gemacht, entsprechen genau denen beim Frosche.

Beim Menschen untersuchte J. die Haut dunkel pigmentierter Brustwarzen, der Analfalten des Weifsen und die Haut des Negers. Das Pigment lag zumeist in den Basalzellen, während im Corium relativ wenig davon zu sehen war.

Bei der Negerhaut war die Vakuolenbildung an den dunkles Pigment enthaltenden Basalzellen besonders bemerkenswert. Stellenweise schien es, als ob Pigment der Epidermis in das Corium übergetreten wäre, denn dicht unter einer Gruppe pigmentloser oder pigmentarmer Basalzellen sah J. Pigmentzellen oder auch scheinbar freies Pigment liegen.

Weitere Untersuchungen hat J. an Flachschnitten vom Schwanze der Triton-

larven angestellt und hier in Präparaten den homogenen Kugeln ähnliche Bildungen vorgefunden. Auf Grund aller seiner Untersuchungen kommt JARISCH zu dem Schlusse, daſs das Oberhautpigment aus den homogenen Kugeln, an letzter Stelle aus einer Kernsubstanz, dem Chromatin, gebildet wird, das vielleicht identisch oder verwandt ist dem Keratohyalin.

Eine Anzahl miskroskopischer Präparate illustrieren J.'s Ansichten bezüglich der Anatomie und der Entwickelung des Oberhautpigmentes.

Herr EHRMANN-Wien verteidigt seinen Standpunkt gegenüber J. Das Resultat seiner an der Haut von Amphibien angestellten Untersuchungen läſst sich kurz dahin zusammenfassen: Eine Anzahl verästelter Pigmentzellen der Oberhaut mögen durch Umwandlung des Ektoderms entstehen; bei der Mehrzahl ist es aber wahrscheinlich, ja nahezu sicher, daſs sie in die Epidermis einwandern oder einwachsen. — Die konstanten topographischen Beziehungen der das braune Pigment tragenden Pigmentzellen zu den Blutgefäſsen, das Fehlen des Pigments an solchen Stellen, welche der Blutgefäſse entbehren, weisen auf das Blut als das Material und auf die Umgebung der Blutgefäſse als die Bildungsstätte des Pigments hin.

E. bekräftigt seine Ansichten durch Demonstration einer Anzahl sehr instruktiver Präparate.

Herr LUDWIG-Wien giebt ein einfaches **Verfahren** an, **um Quecksilber in Flüssigkeiten und in Organen nachweisen zu können.** Es wird sehr fein verteilter Zinkstaub in die Hg enthaltende Flüssigkeit gebracht. Das Quecksilber wird in wenigen Minuten gefällt. Der Zinkstaub wird sodann durch Filtration getrennt und in geeigneten Apparaten gewaschen. Man kann auf diese Weise die minimalsten Mengen Quecksilber nachweisen.

Wenn man die Organe mit Salzsäure und chlorsaurem Kalium versetzt, so kann man Hg nur bis 60 % nachweisen, dagegen weit mehr, wenn die Organe mit Salzsäure versetzt, bis zur Siedehitze erwärmt, sodann mit Zinkstaub behandelt werden.

L. hat Untersuchungen bezüglich der Verteilung des Quecksilbers bei toxischen Dosen angestellt und gefunden:

In den drüsigen Organen sammelt sich Hg in groſsen Mengen an; im Blute, in den Knochen, im Gehirn, in der Muskelsubstanz wenig; Leber und Niere nehmen mehr auf; bedeutende Mengen finden sich im Dickdarm.

Man hat für den Nachweis des Quecksilbers andere Methoden versucht. Die Zinkstaub-Methode jedoch, die keine Verunreinigung zuläſst, scheint L. die praktischste und empfehlenswerteste zu sein.

Herr ULLMANN-Wien spricht über dasselbe Thema, insoweit es sich um die Verteilung des Quecksilbers bei kleineren Dosen handelt. ULLMANN hat Versuche an Hunden, seltener an Kaninchen, angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt.

Die Metallverteilung geht stets nach denselben Grundsätzen vor sich, unabhängig von der einverleibten Dosis und der angewandten Methode. Nieren, Leber, Milz enthielten am meisten, Gehirn und Lungen fast gar keine, oder wenig wägbare Mengen von Hg. Diese Erscheinung beruht vielleicht auf einer spezifischen Affinität der Parenchymzellen zum Quecksilber. Vom Darm erhielt der Dickdarm am meisten Hg, besonders bei pathologisch veränderter Schleimhaut. An solchen Stellen hatte sich vielfach Schwefelquecksilber gebildet. Ein Theil des Hg verläſst den Körper durch den Darmkanal.

Herr LEWIN-Berlin: **Über Arzneiexantheme.**

L. hat vor 10 Jahren zuerst die diesbezüglichen Erfahrungen zusammengestellt. Das Buch hat nach kurzer Zeit eine zweite Auflage erlebt. — Redner giebt allgemeine Gesichtspunkte aus dem vorhandenen Material.

Wie wesentlich und für die Diagnose verwertbar eine genaue Kenntnis der Arzneiexantheme sei, beweist der von Köbner beschriebene Fall von Bromexanthem am Unterschenkel, der nahe daran war, amputiert zu werden.

Köbner und Hutchinson haben Fälle von Bromexanthem der wunderbarsten Art beschrieben.

Sucht man nach einer Erklärung der Arzneiexantheme, so wird man eine individuelle Disposition für dieselben, oder eine Idiosynkrasie gegen gewisse Medikamente annehmen müssen. Das eingeführte Medikament führt einen Kampf mit dem Blute (teleologische Erklärung), oder es führt eine Störung des chemischen Gleichgewichts herbei; es bilden sich Eiweifsderivate — sei es organisiertes oder zirkulierendes Eiweifs —, welche die Krankheit hervorrufen (humoral-pathologische Erklärung). Krankheit ist überhaupt als eine Störung des chemischen Gleichgewichts aufzufassen.

L. giebt im folgenden einzelne statistische Daten über die Medikamente und die durch sie hervorgerufenen Hautausschläge.

Von 402 im Handbuche abgehandelten Medikamenten haben 109, innerlich eingeführt, Hautausschläge gemacht; 41 innerlich und äufserlich, 54 nur äufserlich appliziert. Beim Menschen kommen Exantheme nach innerlicher Einführung von Medikamenten relativ selten vor, mehr nach äufserlicher Applikation derselben.

Die individuelle Disposition, die verschiedene Empfänglichkeit für Arzneien erfährt im folgendem seitens des Vortragenden eine eingehende allgemeine Betrachtung. Man findet vielleicht eine Analogie in den isomeren Körpern, welche bei gleicher chemischer und prozentischer Zusammensetzung dennoch infolge ungleicher Lagerung der Moleküle ungleiche Eigenschaften zeigen.

Herr R. Winternitz-Prag: **Versuche über Hautabkühlung.**

Es sind in den letzten Jahren zahlreiche Arbeiten über die sogenannte Firnissung der Hautoberfläche erschienen. Eine einheitliche, unzweideutige Erklärung der hierbei beobachteten Erscheinungen konnte jedoch bislang nicht gewonnen werden. Die wohl am besten das Symptomenbild erklärende Kältetheorie ist namentlich in neueren Arbeiten wieder angefochten worden.

W. hat eine Versuchsreihe angestellt, welche die Bedeutung der Umgebungstemperatur für das Auftreten der krankhaften Erscheinungen bei dem gefirnifsten Tiere klarstellte. In einer zweiten, am geschorenen Tiere vorgenommenen Versuchsreihe waren die Ergebnisse geeignet, die Kältetheorie wesentlich zu unterstützen. — Sphygmographische Aufzeichnungen ergaben die bei Kälteapplikation beobachteten Verhältnisse; die mikroskopische Untersuchung gewährte Aufschlüsse über die Einwirkung der Kälte auf die Gewebe. Bezüglich des bei Versuchen an Menschen und Tieren zu konstatierenden Unterschiedes in der Gefährlichkeit des Eingriffes wird auf physikalische Verhältnisse hingewiesen.

3. Sitzung (Schlufs).

Vorsitzender: Herr Campana-Genua.

Herr Boeck-Christiania: **Über Psorospermose.**

B. vertritt im allgemeinen dieselbe Ansicht, wie er sie in seiner Arbeit „Vier Fälle Darierscher Krankheit“ (*Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1891. Heft 6) niedergelegt hat. Im Jahre 1889 veröffentlichte Darier seine Beobachtungen, gestützt auf 30 Fälle, die bis dahin vorlagen. B. giebt eine kurze Übersicht der diesbezüglichen Litteratur, beschreibt ausführlich einen prägnanten Fall bei einem 33jährigen Manne, der die Krankheit in seinem zehnten Lebensjahre bekam. Dieselbe zeigte sich zuerst auf dem Gesichte, später wurden Rücken, Brust und andere Körperteile ergriffen. Die Nägel sind ebenfalls befallen. In den von B. beobachteten Fällen sind die Nägel immer

angegriffen. Meistens fängt die Krankheit am Kopfe an. B. demonstriert Bilder des Falles und bespricht sodann die pathologische Anatomie der Krankheit. Es handelt sich um eine Hyperkeratose. Sowohl die Hornschicht wie das Stratum granulosum nehmen successiv an Mächtigkeit in demselben Maſse zu, wie die Schleimschicht mit ihren Zapfen immer tiefer in die Lederhaut eindringt. In der Schleimschicht findet eine lebhafte Zellenproliferation statt, an den zahlreich auftretenden Mitosen erkennbar. Klinisch wie anatomisch nähert sich die Affektion den Verrucaformen. Von der parasitären Natur der Krankheit hat B. sich ebensowenig, wie Buzzi und Miethke und Bowen überzeugen können. Die als Psorospermien aufgefaſsten Gebilde sind nach B. von rundlicher Form, besitzen einen dicken Hornmantel, körniges Protoplasma, einen deutlichen Epidermiszellenkern mit einem oder zwei Kernkörperchen und enthalten in den meisten Fällen eine groſse Menge Eleidinkörner. Es handelt sich bei diesen Gebilden nicht um Coccidien, sondern um frühzeitig und unregelmäſsig verhornte Epidermiszellen. Parasiten hat B. in diesen Zellen nicht finden können. Inokulationsversuche, ebenso Kulturversuche haben ein negatives Resultat ergeben. Andere Autoren sind nicht glücklicher gewesen. Redner resumiert seine Ansichten dahin:

1. Die Gegenwart von Zoospermien in den Gebilden ist nicht erwiesen.
2. Die Gebilde sind krankhaft umgewandelte Epidermiszellen.

Diskussion.

Herr Neisser-Breslau kann sich im allgemeinen mit den von Boeck aufgestellten Thesen einverstanden erklären. Man müsse solche Krankheiten suchen, welche durch ihren klinischen Verlauf zeigen, daſs derartige tierische Wesen die Ursache derselben gewesen sind oder gewesen sein könnten.

Bei zwei Krankheiten hauptsächlich werde man aufgefordert nach Coccidien zu suchen:

1. bei der Pagetschen; 2. beim Molluscum contagiosum.

Bei der Pagetschen Krankheit spreche das eigenartige klinische Bild für die Psorospermiennatur. Die Krankheit trete nur in einem Herde auf, wachse wohl, rufe aber keine Metastasen hervor, Grund genug zur Annahme, daſs von auſsen an den Herd herantretende Parasiten Ursache der Krankheit seien. Der Beweis jedoch, daſs die vorgefundenen einzelligen Gebilde Psorospermien und nicht degenerierte Epithelzellen seien, sei nicht erbracht.

Das Molluscum contagiosum sei vielleicht die einzige Krankheit, bei der man von einer Psorospermosis mit der gröſsten Wahrscheinlichkeit sprechen könne. Ein thatsächlicher Beweis für die Psorospermiennatur fehle auch hier. Das Molluscum contagiosum sei eine epitheliale, nicht karzinomatöse Neubildung. Die einzig in ihrer Art dastehenden Veränderungen am Epithel müſsten auch im Epithel selbst ihre Ursache haben. Die von den meisten Autoren beobachteten Gebilde seien echten Psorospermien sehr ähnlich. Die verschiedenen Schichten des Molluscum zeigten hintereinander Bilder, welche lebhaft an Psorospermien erinnern. Von den einen werden die Epithelveränderungen als hyaline, von anderen als kolloide, von dritten als keratoide Prozesse angesehen. Der Unterschied liege vielleicht in den Präparaten selbst. N. braucht frische, nicht gehärtete Präparate zu seinen Untersuchungen. Die fraglichen Gebilde seien von einem festen, gegen Reagentien resistenten Mantel umgeben. Durch die mächtige Verhornung werde die weitere Entwickelung dieser Gebilde gehindert.

Wenn auch der positive Beweis für den parasitären Charakter der Krankheit noch zu liefern sei, so finde doch der ganz ungewöhnliche, nur beim Molluscum contagiosum vorkommende pathologische Vorgang einer eigenartigen Zelldegeneration,

einer gutartigen, epithelialen, tumorbildenden Proliferation durch die Annahme von Parasiten die leichteste Erklärung. Diese Annahme werde durch die Kontagiosität und die Inokulationsfähigkeit wesentlich bestätigt.

N. demonstriert Präparate.

Herr Török-Budapest präzisiert vor allem kurz den Standpunkt, den er und Tommasoli in der Frage des Epithelioma contagiosum eingenommen haben. So lange an den fraglichen Gebilden keine Lebenserscheinungen wahrgenommen werden, und so lange die morphologischen und chemischen Differenzen gegenüber den sicheren Psorospermien nicht behoben werden, könne er sich nicht bewogen fühlen, die fraglichen Gebilde als Psorospermien anzuerkennen. Würden Lebenserscheinungen wahrgenommen werden, dann würden natürlich die Gebilde trotz der erwähnten Differenzen in die Klasse der Coccidien oder in eine benachbarte einzureihen sein. Schon in der ersten Publikation hätten Török und Tommasoli angedeutet, dafs die weiteren Untersuchnngen mit Bezug auf die Psorospermien vergleichende sein müfsten. Es müfste ein ähnlicher Entwickelungsgang wie beim Epithelioma contagiosum bei anderen sicheren Psorospermien gefunden werden. Dies könnte bei dem Fehlen von Lebenserscheinungen eine einigermafsen sichere Basis für die parasitäre Auffassung bilden. Wenn solche Befunde gemacht würden, dann könnten die von Neisser demonstrierten, überaus interessanten Präparate wohl die Vermutung aufkommen lassen, dafs es sich in einer gewissen Schichte um Sporen handelte. Doch würden auch dann noch manche Bedenken bestehen bleiben. So besitzen die fraglichen Sporenhaufen keine eigene Cystenwand; es ist aber schwer, sie als Sporencysten aufzufassen. Des weiteren nimmt die Zahl der sporenähnlichen Körper in den höheren Lagen ab, sie verschmelzen endlich zu einer Masse; dies spricht ebenfalls gegen die Auffassung als Sporen. Man sieht auch keine Navicellenbildung in den Sporen, und der kernartige Körper des Amöbenstadiums — den Török nie gesehen hat — wurde auch von Neisser bisher nicht erwähnt.

Die parasitäre Auffassung bleibt also nach wie vor eine blofse Vermutung; weitere Untersuchungen müfsten bessere Stützen für dieselben bringen. Ob dies geschehen wird, wird die Zukunft lehren.

Török hat auch einen Fall Pagetscher Krankheit untersucht. Die Zellen, welche er hier fand, waren hydropisch, aufgedunsen, hell mit grofsen chromatinreichen Kernen. Die Kerne waren häufig in indirekter Teilung begriffen. — Die hydropische Veränderung geht endlich in vollkommene Verflüssigung des Zellleibes mit Verquellung und Zerfall des Kernes über. Dies ist nach Töröks Meinung auch der Grund, weshalb trotz der regen Zellproliferation die krebsige Wucherung erst so spät in das infiltrierte Corium eindringt. In den Epithelien eingeschlossen fand T. hier noch weifse und rote Blutkörperchen und Vakuolen.

Herr Ehrmann-Wien hat drei Fälle vom Pemphigus vegetans untersucht und ist zu ähnlichen Befunden wie Neisser beim Molluscum contagiosum gelangt. Die Infektiosität der fraglichen Gebilde liege mehr in den Zellen der tieferen Schichten.

Herr Janovsky-Prag zeigt Photographien eines Falles aus der Prager Klinik, der einen 52jährigen Kutscher betraf. Die primären, stecknadelkopfgrofsen Efflorescenzen traten zuerst an der Haut des Hodens auf. Hier zeigten sich auch zuerst die stärkeren papillomatösen Wucherungen. Später wurden Rücken und andere Körperstellen ergriffen. Die Affektion war besonders dort intensiv ausgeprägt, wo die Hautfalten aneinander liegen. — Interessant waren bei dem Falle die Schwankungen der Intensität des Krankheitsprozesses an verschiedenen Stellen des Körpers.

Die bakteriologische Untersuchung ergab ein vollkommen negatives Resultat.

Mikroskopisch konnte J. ein abnormes Verhalten des Eleidins in den degenerierten Epidermiszellen feststellen.

Herr SCHWIMMER-Budapest erwähnt den auf dem Leipziger Kongresse beschriebenen Fall, bei dem das Schwitzen nicht die Ursache der Krankheit war, wie BOECK es bei seinen Fällen gesehen hat.

Therapeutisch kam der Thermokauter unter Kokaininjektionen in Anwendung, aber nicht an allen Stellen mit gleich gutem Erfolge.

4. Sitzung.

Vorsitzender: Herr VIDAL-Paris.

Herr NEISSER-Breslau: **Über die Prinzipien der Gonorrhoebehandlung.** Vortragender legt seine Gedanken bezüglich der Gonorrhoebehandlung in nachstehenden Thesen nieder:

I. Die Verbreitung und die Bedeutung der gonorrhoischen Erkrankungen beim männlichen und besonders beim weiblichen Geschlechte ist eine so grofse, dafs mit allen Mitteln dafür zu sorgen ist, eine rationelle Behandlung zum Gemeingut aller Ärzte — nicht nur der Spezialisten — zu machen und für eine rationelle Prophylaxe — nicht nur der Syphilis gegenüber — in den sanitätspolizeilichen Instruktionen zu sorgen.

II. Die Basis aller prophylaktischen und therapeutischen Mafsnahmen ist die Anerkennung der Gonokokken als Ursache der gonorrhoischen Infektion und die Möglichkeit, in jedem Stadium der Erkrankung das Vorhandensein und den Sitz der Krankheit festzustellen.

Diese Diagnose ist in vielen akuten, in allen subakuten und chronischen Fällen ohne mikroskopische Prüfung der Schleimhautabsonderungen auf Anwesenheit von Gonokokken unmöglich. Die makroskopische Besichtigung allein ist, namentlich bei Frauen, völlig wertlos.

Die Untersuchung auf Gonokokken wird sich für die Mehrzahl der Fälle auf die mikroskopische Untersuchung beschränken müssen. Dieselbe ermöglicht, genügend häufig ausgeführt, fast immer eine sichere Diagnose.

Das Kulturverfahren wird für seltenere Fälle reserviert bleiben.

III. Die Gefahr der Gonorrhoe besteht darin,

1. dafs das gonorrhoische Virus und die von ihm hervorgerufenen Krankheitsprozesse nicht auf der ursprünglich infizierten Schleimhautstelle lokalisiert bleiben, sondern

a) beim Manne die für die Therapie schwerer zugängliche Urethra posterior und von da aus die Funiculi spermatici und Nebenhoden (Gefahr der Azoospermie) befallen werden und Komplikationen seitens der Prostata, Blase etc. auftreten können,

b) beim Weibe Uterus, Tuben, Eierstöcke und die umhüllenden Peritonealblätter in Mitleidenschaft gezogen werden;

2. dafs das gonorrhoische Virus in den späteren Stadien in die tieferen Epithellagen sich verbreitet.

Durch die Ausbreitung nach beiden Richtungen, in die Fläche wie in die Tiefe, wird bewirkt, dafs sich das Virus monate- und jahrelang an schwer oder nicht zugänglichen Stellen halten, d. h. eine chronische Infektionsquelle bilden kann.

Also nur in den ersten Stadien befindet sich das Virus an so zugänglichen Orten (beim Manne Urethra anterior, beim Weibe Urethra und Cervix) und in so oberflächlichen Epithellagen, dafs es leicht und beim Manne vom Patienten selbst wichtig wegen der ungeheuren Ausbreitung der Krankheit) behandelt werden kann.

Die Therapie der Gonorrhoe soll also erreichen, dafs aus der Urethritis anterior nicht eine Urethritis posterior, dafs aus der Gonorrhoea acuta nicht eine Gonorrhoea chronica werde. Ihr Beginn soll demnach möglichst früh nach der Infektion, aber nur unter folgenden Voraussetzungen stattfinden:

IV. Es dürfen nur solche Medikamente angewendet werden, welche
a) Gonokokken töten,
b) die Entzündung möglichst wenig steigern,
c) die Schleimhaut selbst nicht lädieren.

Argentum nitricum 1 : 4000—1 : 2000.
Ammonium sulfo-ichthyolicum 1 : 100.
Schwache ROTTERsche (karbol- und sublimatfreie) Pastillen, 1 Pastille : 250,0 Aq.
Sublimat 1 : 30000—1 : 20000.

Ungeeignete Mittel sind:

Nur adstringierende Medikamente (in diesem Falle Gefahr der Gonokokken-Verschleppung durch die Injektion).

Gefährlich sind (im Frühstadium):

Ätzende Solutionen von sehr starker Konzentration (Gefahr der Strikturenbildung); ferner die meisten mechanischen Behandlungsmethoden, wie Endoskopieren, Bougieren.

V. Als beste Methode der (frühzeitigen, antibakteriellen) Behandlung ist anzusehen die häufige Irrigation der Urethra, um möglichst alle Partien der stark gefalteten Urethralschleimhaut zu behandeln.

Beim Manne wird aus praktischen Gründen — wegen der kolossalen Verbreitung der Krankheit — meist die Irrigation durch gut ausgeführte Injektionen mit grofser und gut konstruierter Spritze ersetzt werden müssen.

Beim Weibe werden mechanische Methoden (Auswischen der Urethra und des Cervix) neben Spülungen und Injektionen anzuwenden sein.

Die Therapie mit internen Mitteln hält N. für überflüssig.

Alle allgemein hygienischen, diätetischen, sowie alle lokal-antiphlogistischen Mafsnahmen sind nützlich und soweit als möglich durchzuführen.

VI. Bei allen nicht ganz akuten Fällen ist immer wieder festzustellen, ob bereits eine Urethritis posterior besteht und in dem Sekret derselben Gonokokken nachzuweisen sind.

Nur in letzterem Falle ist auch diese frühzeitige Urethritis posterior lokal zu behandeln.

VII. Die Dauer der Behandlung ist nicht nach dem oft besonders schnell eintretenden momentanen Erfolge abzumessen; sie mufs meist sehr lange — wenn auch sehr milde — fortgesetzt werden.

Nicht Schnelligkeit, sondern Sicherheit des Erfolges ist das wesentlichste Ziel unserer Therapie.

VIII. Die Behandlung der sogenannten „chronischen Gonorrhoe" bei Mann und Frau hat zur Voraussetzung die Entscheidung, ob dieselbe wirklich gonorrhoisch-infektiös oder nicht gonorrhoisch ist.

IX. Besteht (beim Manne) noch gonorrhoisches Virus im Sekret der Urethra anterior oder Urethra posterior, so ist dessen Vernichtung am besten durch Irrigation oder GUYONsche Instillationen anzustreben.

Ist die chronische Urethritis sicher nicht mehr gonorrhoischen Charakters, so hängt es von den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Mucosa und Submucosa ab, ob und welche Behandlung einzuleiten sei.

In den meisten Fällen handelt es sich um so unbedeutende Prozesse, daſs ich höchstens Irrigationen oder Instillationen empfehle, gewöhnlich aber von weiterer Behandlung überhaupt abrate.

Tiefere Schleimhautveränderungen müssen bestimmt lokalisiert werden (Sonden, Endoskopie) und bedürfen energischerer Behandlung (Dilatation, Massage, Ätzungen etc.)

X. Die Behandlung der Gonorrhoe des Weibes ist weit schwieriger als der des Mannes. Ohne fortwährende mikroskopische Sekretuntersuchung ist eine Beurteilung des therapeutischen Erfolges unmöglich.

Die Behandlung der frischen Urethral- und Cervikal-Gonorrhoe ist möglichst zeitig und um so energischer vorzunehmen, da die sonst sich anschlieſsenden Uterin-, Tuben-, Ovarial-, Peritoneal-Infektionen nur mit äuſserster Mühe und wenig Aussicht auf Erfolg behandelt werden können. Sehr häufig sind eingreifende Operationen das einzige Heilmittel.

XI. Dem häufigen Vorkommen und der Behandlung der Rektal-Gonorrhoe ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken als bisher, da die gonorrhoische Rektal-Infektion den Ausgangspunkt für viele der chronischen Rektal-Ulcera zu bilden scheint.

Diskussion.

Herr Lang-Wien berichtet im Namen Welanders über dessen **Abortivbehandlung der Gonorrhoe.** Dieselbe wird schon im mukös-eitrigen Stadium nur wenige Tage nach der Infektion vorgenommen. Die vordere Harnröhre, besonders die Fossa navicularis wird mehrere Male mit einem umwickelten Watteträger gut ausgewischt, bis sich einige Tropfen Blut zeigen. Hierauf wird in dieselbe eine 20%ige (!) Argentum nitricum-Lösung eingespritzt. Ruhe und Nachbehandlung.

Herr Grünfeld-Wien spricht über **Endoskopie.**

Es sind vielfach Änderungen an dem Endoskope vorgenommen worden. Nicht alle sind direkt als Verbesserungen anzusehen, wenn sie auch als solche gerühmt werden. Jeder Erfinder hat sich seine eigene, von ihm erfundene Methode vielleicht besser als die anderen angeeignet und glaubt, nun dieselbe als die beste empfehlen zu können.

Die Fortschritte in der Untersuchung der Blase sind durch Nitze wesentlich gefördert worden.

G. erörtert im Folgenden die Frage: Darf man bei akutem Tripper das Endoskop einführen? Vortragender thut dies, wenn keine zu groſse Empfindlichkeit vorhanden ist, unter Anwendung der nötigen Vorsichtsmaſsregeln. Allerdings muſs eine manuelle Geschicklichkeit bei der Einführung des Endoskops vorausgesetzt werden.

G. beschreibt hierauf den Zustand der Harnröhre bei Urethritis acuta posterior. Die Pars prostatica ist normal bei der Urethritis acuta anterior wie bei posterior.

G. hat Individuen mit weiter Harnröhre und wenig Empfindlichkeit untersucht. Eine blennorrhoische Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut hat G. beim Blasenhalskatarrh nicht gefunden, nur Hyperämie in den einen, Ödem des Caput gallinaginis in den anderen, in dritten Fällen Hyperämie und Ödem.

Dies ist nicht als Fortsetzung des blennorrhoischen Prozesses aus der vorderen Harnröhre anzusehen. Es ist vielmehr eine Zirkulationsstörung, durch Verdickung der Schleimhaut der vorderen Partie hervorgerufen. Dieselbe führt zu einer Schwellung der Pars prostatica und bewirkt eine Trübung des Urins. G. hat Versuche an Hunden angestellt und durch Umschnürung des Penis eine Trübung des Urins hervorrufen können.

Herr Finger-Wien stimmt mit Neisser darin überein, daſs gegen die akute

Gonorrhoe nur solche Medikamente angewendet werden müſsten, welche die Gonokokken töten. Man sollte sich jedoch keinem allzugroſsen Optimismus hinsichtlich der Wirksamkeit des Argentum nitricum hingeben. Denn es käme darauf an, daſs auch das Nitras argenti die Gonokokken direkt treffe, was in Fällen, wo dieselben in der Tiefe sitzen, nicht leicht sei.

F. bespricht die Frage: Wie dringt das Nitras argenti in die Tiefe ein?

F. hat Versuche an Hunden angestellt. Wenn man konzentriertere z. B. 10%ige Lösungen anwendet, so wird eine starke Ätzung der ganzen Epithellage bewerkstelligt; bei schwächeren 5%igen Lösungen ist das Eindringen geringer. Bei 1/2%igen Lösungen bleibt das Epithel intakt. Nur die beiden oberen Epithelschichten koagulieren. Es wird also nur jene Gonokokken treffen, welche in jenen zwei oberen Epithelschichten liegen. Ein tieferes Eindringen werde durch den gebildeten Schorf verhindert. Der Effekt könne somit nur langsam eintreten und sei in vielen Fällen überhaupt problematisch.

F. bespricht sodann die akute Urethritis posterior, die er ebenfalls auf die Invasion von Gonokokken zurückführt. In jedem Falle müsse die gonorrhoische Natur der Urethritis acuta posterior durch Auswaschen der vorderen Harnröhre, durch wiederholte mikroskopische Untersuchung des Sekretes der hinteren Harnröhre festgestellt werden.

Herr van Hoorn-Amsterdam teilt seine Erfahrungen mit, die sich auf Neissers und Welanders Ansichten beziehen. v. H. ist in der Lage gewesen, häufig Tripper in den ersten Tagen nach dem Ausbruche mit Sublimatlösungen (1 : 20000) zu behandeln. Wenn er auch zugeben müsse, daſs ein derartig behandelter Ausfluſs nur selten in 14 Tagen aufhört und nicht rezidiviert, so habe er in der Mehrzahl der Fälle entweder sofort oder nach wenigen Tagen die Eiterung bedeutend abnehmen sehen.

Einer Verschlimmerung konnte immer vorgebeugt werden, indem darauf geachtet wurde, daſs die Lösung nicht reize. Werde auch eine Heilung nicht gleich erzielt, so sei doch die Beschränkung der Eiterung, die maſsgebend sei für den Grad der Entzündung, schon als ein wesentlicher Erfolg anzusehen.

v. H. empfiehlt eine möglichst frühzeitige antibakterielle Behandlung des Trippers, um die an der Oberfläche befindlichen Gonokokken an einer Invasion in die Tiefe zu hindern.

Herr Janovsky-Prag glaubt, daſs man mit Irrigationen und Injektionen nicht immer zum Ziele kommt, und daſs namentlich bei diffusen Infiltraten in der hinteren Partie die lokale, elektro-endoskopische Behandlung in ihre Rechte eintreten muſs.

Herr Lang-Wien demonstriert eine bequeme Handhabung des Grünfeldschen Endoskops, die dahin zielt, die Lichtquelle an den Tubus in solcher Art anzubringen, daſs die leichte Dirigierbarkeit des letzteren keine Einbuſse erfahre.

Herr Staub-Berlin hat bei Frauen mit akuter Gonorrhoe und chronischer Endometritis aus der Analöffnung gonokokkenhaltige Eitertropfen flieſsen sehen; in einzelnen Fällen fanden sich Rektalfisteln. Die Behandlung bestand in Ausspülungen mit Liquor. alum. acet.

Herr Lewin glaubt, daſs das Nitras argenti schon durch Endosmose und deshalb auch in die Tiefe wirke. Anders könnte man sich eine Wirkung von Lösungen 1 : 4000, wie Neisser sie empfiehlt, gar nicht denken.

Die Behandlung der Gonorrhoe mit inneren Mitteln sei nicht zu vernachlässigen, da durch Abspaltung entstandene antibakterielle Stoffe die Blase passierten.

Herr Neisser (Schluſs der Diskussion). Eine so schnelle Einwanderung von Gonokokken, wie Finger sie annimmt, müsse er leugnen. Was die Wirksamkeit des Argentum nitricum betrifft, so liegt die antibakterielle Wirkung in der Bildung von

Chlorsilber, die weiter wirkt, wenn auch die Ätzung ganz oberflächlich ist. — Für die Abortivbehandlung, wie sie WELANDER und DIDAY empfehlen, könne er sich nicht begeistern. Irrigationen mit schwachen Lösungen von Kalium hypermanganicum seien nicht schlecht, aber nicht allgemein zu empfehlen. Innere Mittel hätten ihm doch nicht die gerühmten Erfolge gezeigt. — JANOVSKY stimme er vollkommen bei, daſs in Fällen, welche der Behandlung mit Injektionen und Irrigationen hartnäckig widerstehen, die elektro-endoskopische Behandlung wohl am Platze sei. Festzuhalten sei, daſs ohne mikroskopische Untersuchung in der Therapie sich nichts erreichen lasse, dies gelte besonders auch bei der Urethritis gonorrhoica des Weibes. Der Grundsatz der mikroskopischen Untersuchung müsse auch bei den Prostituierten eintreten. In Breslau werde dieselbe mit Strenge durchgeführt. Die Resultate seien gut gewesen.

Herr HERZFELD-Wien: **Beitrag zur Lehre von der Gonorrhoe des Weibes.**

Die latente Gonorrhoe geht von der Mucosa uteri in die Höhe bis in die Tuben, Ovarien und führt häufig zu peritonealen Erscheinungen (Perimetritis). Es giebt eine gonorrhoische Peritonitis, wie sie durch Tierexperimente und Impfungen nachgewiesen ist. — Die latente, ascendierende Gonorrhoe beim Weibe konnte in 18% des ganzen gynäkologischen Materials nachgewiesen werden. Die Urethra, die Bartholinischen Drüsen sind erkrankt; meistens ist auch die Cervix mit ergriffen. In vielen Fällen sind die dysmenorrhoischen Erscheinungen wie Menstruationsblutungen mit heftigen, kolikartigen Schmerzen, ferner die Sterilität auf eine frühere gonorrhoische Erkrankung zurückzuführen.

An den Tuben und Ovarien gehen manche Formveränderungen vor sich, die man mit der bimanuellen Untersuchung wahrnehmen kann, so Auftreibung der Tube an ihrem uterinen Abgange, daneben knotige Auftreibung der Tube (Salpingitis nodosa). Die Tuben sind infolge der Hypertrophie der Wände verdickt und verlängert; es kommt sodann zu pseudomembranösen Verklebungen der Tuben, schlieſslich auch zu Hydrosalpinx. In einzelnen Fällen kommt es zu Pyosalpinx. Die Tuben sind mit Eitermassen angefüllt. In der Regel besteht die Erkrankung auf beiden Seiten des Uterus. Ist der Peritonealüberzug ergriffen, so kommt es zu mannigfaltigen Verklebungen und ihren Folgen, Schmerzen bei der Defäkation etc.

Therapeutisch sind Ausspülungen mit Sublimatlösungen bei Gonorrhoe der vorderen Partie des Uterus zu empfehlen; bei weiteren Veränderungen und nicht mehr zu hebenden Beschwerden müssen die ergriffenen Organe entfernt werden, zumal sie in dem krankhaften Zustande ohnedies nicht mehr ihren Zweck erfüllen.

Es muſs prophylaktisch viel geschehen, wie es NEISSER angegeben hat. — (Spirituspräparate illustrieren das Gesagte.)

Herr E. WERTHEIM-Wien spricht über **Gonokokkenkulturen** und erklärt sich bereit, die einfache Methode der Reinzüchtung des Gonococcus NEISSER vermittelst des Plattenverfahrens in seinem Laboratorium zu demonstrieren. Wir repetieren kurz das bereits an anderer Stelle beschriebene und referierte Verfahren.

Das für die Reinzüchtung nötige Blutserum wird nach der Vorschrift von BUMM aus der Placenta unmittelbar nach der Geburt eines Kindes gewonnen. Nach vorangegangener Reinigung des Orificium und der Glans penis wird etwas gonorrhoisches Sekret aus der Urethra des Mannes in flüssigem Blutserum sorgfältig im Röhrchen verteilt und von diesem Röhrchen zwei Verdünnungen angelegt. Gleich nach der Beschickung werden die Röhrchen in ein Wasserbad von 40° C. gestellt und ihr Inhalt hierauf mit etwa gleichen Mengen verflüssigten und in demselben Wasserbade auf 40° C. abgekühlten Agars (Zusammensetzung 2% Agar, 1% Pepton, 0,5% Chlornatrium) gut gemischt und zu Platten ausgegossen. Diese werden sofort in eine

feuchte Kammer gebracht und in den auf 36° C. regulierten Brutofen gestellt. Nach 24 Stunden ist die Platte O diffus getrübt. Unter der Lupe, noch besser unter dem Mikroskop nimmt man eine dichte Granulierung der Oberfläche wahr, gleichzeitig gewinnt man den Eindruck eines lockeren, zarten Moosrasens. Auf der Oberfläche des Nährbodens sind nur wenige Kolonien entwickelt, die weitaus meisten sind in der Substanz desselben verblieben. Verfertigt man einen Abklatsch, so bleiben die oberflächlichen Kolonien vollständig unversehrt am Deckglas kleben. Nach der Färbung mit Methylenblau treten die vereinzelten Gonokokken in ihrer charakteristischen Semmelform deutlich hervor.

So das Verhalten der Platte O nach 24 Stunden. Ein weiteres Wachstum der dichtgesäten Kolonien findet nicht statt; schon nach 48 Stunden tritt Rückbildung ein, indem die Gonokokken sich nur noch schlecht färben und schliefslich krümelig zerfallen. Auf den Platten I und II erscheinen nach 24 Stunden die Kolonien schon weit gröfser. Es lassen sich jetzt schon tiefe und oberflächliche Kolonien unterscheiden. Die Kolonien sind auf der Platte I bereits soweit getrennt, dafs man bequem von ihnen abimpfen kann. Im Verlaufe der nächsten Tage vergröfsern sich die Kolonien noch bedeutend. — Zu jeder Zeit der Entwickelung kann man mit homogener Immersion an den oberflächlichen Kolonien am Rande die einzelnen Individuen scharf sehen, noch besser an Abklatschpräparaten. Nur das Zentrum, weil tiefer in den Nährboden hinabreichend, geht beim Abklatsche nicht immer mit. Am Rande solcher abgeklatschter Kolonien, wo die Schichte der Kokken einfach ist, lassen sich die Erscheinungen der Proliferation ausgezeichnet verfolgen. Nirgends ein Zeichen von Involution, vielmehr lebhafteste Vermehrung. Gegen die Mitte zu sind die Individuen undeutlich konturiert und scheinen hier vielfach zu Krümeln und blafsgefärbten Kügelchen umgewandelt. — Vom fünften Tage an beginnt die Rückbildung.

Zum Gramschen Verfahren verhalten sich die Plattenkolonien in der für die Gonokokken bekannten Weise; sowohl an den Abklatsch-, als an den Aufstreich-Präparaten erfolgt schnell die Entfärbung.

Im allgemeinen steht also das Plattenwachstum der Gonokokken in der Üppigkeit hinter dem der anderen pyogenen Kokken nicht zurück.

Als vorzüglicher Nährboden für die Reinzüchtung der Gonokokken erweist sich erner 1. flüssiges menschliches Blutserum mit der doppelten Menge einer Fleischwasserpeptonbouillon (1% Pepton, 0,5% Chlornatrium) versetzt; 2. Rinderblutserum mit Zusatz von Nähragarlösung (im angegebenen Verhältnisse). Bei Anwendung des letzteren für die Plattenzüchtung des Gonococcus Neisser erreichen die Kolonien erst nach zweimal 24 Stunden die zum Abimpfen genügende Gröfse, während man schon nach 24 Stunden gut entwickelte Stich- und Strichzüchtungen erhält.

Durch Übertragung einer durch das beschriebene Plattenverfahren gewonnenen Reinzüchtung auf die menschliche Harnröhrenschleimhaut konnte W. einen typischen Harnröhrentripper gonorrhoischer Natur hervorrufen.

Ferner hat W. bei mehreren Fällen von Salpingitis Gonokokken im Eiter der Tuben mittelst der Plattenzüchtung nachgewiesen. Die Übertragung der durch das Plattenverfahren aus dem Eiter einer Tubengonorrhoe gewonnenen Reinzucht auf die gesunde Urethra des Mannes hatte wiederum einen typisch verlaufenden Tripper zur Folge.

W. hat weiter durch Tierexperimente nachgewiesen, dafs durch den Gonococcus Neisser unter denselben Bedingungen wie durch die anderen pyogenen Mikroorganismen Peritonitis erzeugt werden kann. Nur die örtliche Abgrenzung bildet den wesentlichsten Unterschied gegenüber den an Tieren durch Streptococcus und

Staphylococcus pyogenes erzeugten Peritonitiden, welche fast immer auf die Gesamtfläche des Peritoneum sich ausbreiten und meist zum Tode führen.

Die durch den Gonococcus Neisser an Tieren erzeugte Peritonitis kennzeichnet sich als eine mehr oder minder örtlich begrenzte, mit reichlicher Erzeugung von Eiter auf der Oberfläche des Peritoneum einhergehende und dementsprechend zur Bildung von Verwachsungen führende, nicht direkt tötlich verlaufende Entzündung.

Mit Rücksicht auf die Ergebnisse des Tierversuches wurden die im Gefolge der ascendierenden Gonorrhoe auftretenden Entzündungen des Peritoneums des Weibes untersucht und die gonorrhoische Natur dieser peritonitischen Erkrankungen zur Evidenz bewiesen.

W. hat bei seinen Untersuchungen bestätigt gefunden, dafs der Gonococcus Neisser ins Plattenepithel, dafs er vom Epithel aus auch in das Bindegewebe einzudringen vermag, und dafs er hier dem Verlaufe der Gewebs- und Lymphspalten folgend in ähnlichen Zügen und Haufen sich verbreiten kann, wie die anderen pyogenen Mikroorganismen.

Diese Thatsache ist von grundsätzlicher Bedeutung. Alle im Verlaufe gonorrhoischer Erkrankungen der Schleimhäute auftretenden, tieferen Entzündungen der Gewebe wurden bisher auf die Mischinfektion, d. h. sekundäre Infektion mit gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen zurückgeführt. Es mag eine solche häufig genug stattfinden, sie mufs aber nicht in allen Fällen von Komplikationen der Gonorrhoe die Ursache derselben sein. Alle diese Entzündungen, seien es nun periurethrale oder Prostataabscesse, Lymphdrüsenvereiterungen, parametrische Infiltrate, perimetritische Entzündungen oder entzündliche Veränderungen der Ovarien, wenn sie im Gefolge einer Infektion mit dem Gonococcus Neisser auftreten, erklären sich am ungezwungensten als durch den Gonococcus selbst bedingt.

Herr Pick-Prag hat das Material für die Herzfeldschen Untersuchungen geliefert. Die Kranken befänden sich nach den in der gynäkologischen Klinik des Herrn Prof. Schauta vorgenommenen Operationen ausgezeichnet.

Herr Schauta-Wien. Die Gynäkologie hat seit der Entdeckung von Neissers Gonococcus grofse Erfolge erzielt, weil die Ätiologie und die Diagnose mancher krankhaften Erscheinungen der weiblichen Organe nunmehr feststehen. — Vortragender hat die Untersuchungen seines Assistenten Wertheim geleitet und unterstützt.

Prophylaktisch müsse viel geschehen. Der Tripper sei beim Weibe in dem Stadium unheilbar, wo ihn der Arzt zu Gesichte bekommt. Die Gonorrhoe sei, wie Herzfeld und Wertheim bewiesen, eine sehr ernstliche Erkrankung beim Weibe, da die Operation, welche allein noch helfen könnte, vielfach verweigert wird.

Im Namen der Gynäkologie müsse Vortragender Neisser für seine grofsartige Entdeckung herzlichst danken.

4. Sitzung (Schlufs).

Vorsitzender: Herr Boeck-Christiania.

Herr Morris-London. **Über Lupus erythematosus:**

Auf dem internationalen, medizinischen Kongresse im Jahre 1881 wurde bezüglich der Natur des Lupus erythematosus von Kaposi die Frage aufgeworfen: „Ist es eine Entzündung oder ein neoplastischer Vorgang?“ Kaposi's eigene Ansicht, die damals von den meisten unterschätzt wurde, welche sich an der Diskussion beteiligten, fiel zu Gunsten der ersteren aus.

Seit der bahnbrechenden Entdeckung des Tuberkelbacillus durch Robert Koch und der dann folgenden Identifikation des Lupus vulgaris als eines tuberkulösen Prozesses hat sich die Lage wesentlich geändert. Einige Autoritäten, wie Besnier, Hutchinson, beanspruchten auch für den Lupus erythematosus einen tuberkulösen

Ursprung. Hutchinson beispielsweise wollte die Erfahrung gemacht haben, dafs der Lupus erythematosus nicht weniger häufig bei tuberkulös Belasteten vorkomme, als der Lupus vulgaris. Aber die vielfach daraufhin angestellten mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen lieferten Beweise, welche gegen jene Annahme sprachen.

Später als Kochs Tuberkulin die ärztliche und die Laienwelt in einen wahren Taumel versetzte, wurde von verschiedenen Seiten berichtet, dafs auch beim Lupus erythematosus Reaktion nach Tuberkulin-Einspritzungen beobachtet worden sei, aber Vortragender setzt gegründete Zweifel in den diagnostischen Wert des Mittels. Mit Rücksicht auf andere Mikroorganismen waren die Beweise hinfällig geworden.

Morris' eigene Ansicht ist, dafs der Lupus erythematosus eine entzündliche Affektion ist, die zur Erythema-Gruppe gehört und nicht notwendigerweise auf einen spezifischen Mikroben zurückgeführt zu werden braucht. Die Affektion hängt in erster Linie von einer lokalen Kreislaufsstörung ab, welche die Folge äufserer Temperatur-Einflüsse (Kälte, Hitze) oder irgend einer Nervenstörung ist. — Durch Einwanderung irgend eines Mikroben, beispielsweise des Streptococcus des Erysipelas, kann es zu einer akuten Entzündung der affizierten Teile kommen.

Vortragender teilt den Lupus erythematosus nach Kaposis Vorgang ein in Lupus erythematosus „discoides“ und „aggregatus“. Die feineren Unterabteilungen Besniers und Doyons hält Morris für unnötig. Die dritte von Kaposi beschriebene Abart, bei welcher die Krankheit allgemein zu werden scheint und bisweilen den Tod herbeiführt, hat Vortragender nie gesehen und neigt deshalb zu der Annahme, dafs in solchen Fällen irgend welche Infektionsstoffe die Bösartigkeit der Krankheit veranlafst haben könnte.

Leloirs „Lupus vulgaire érythématoide“ (der dem Lupus erythematosus ähnliche Lupus vulgaris) läfst Morris gelten, weil dies die vermutete Umwandlung des Lupus erythematosus in Lupus vulgaris erklärt.

Angesichts der durch die jetzt gebräuchliche Nomenklatur veranlafsten Verwirrung rät der Vortragende, dafs der Name, „Lupus“ verworfen werden sollte, wenn von Lupus erythematosus die Rede ist, und schlägt „Erythema atrophicans“ als Ersatz vor.

Diskussion.

Herr Veiel spricht über **Natur und Behandlung des Lupus erythematosus.**

V. hat in seiner Heilanstalt 119 Fälle behandelt.

Vortragender erörtert zunächst folgende Frage: Ist der Lupus erythematosus eine Krankheit sui generis, oder ist er eine Abart des Lupus vulgaris und dann tuberkulös?

V. hält den Lupus erythematosus nicht für tuberkulös. Die mikroskopischen Untersuchungen haben bezüglich der Riesenzellen und Tuberkelbazillen negative Resultate ergeben. Eine Inokulation ist nicht gelungen.

Die Zahl der Fälle, welche auf Tuberkulin reagierten, ist gering und nicht von Belang. — Der Lupus erythematosus kann wohl leicht auch bei Tuberkulose vorkommen; bei fast 1/5 der Fälle, welche Vortragender gesehen hat, liefs sich tuberkulöse Belastung nachweisen.

Worin besteht nun eigentlich der Lupus erythematosus, was ist das Wesen dieser Hautaffektion? Die Antwort lautet leider noch „non liquet“. Es ist nicht gelungen, Parasiten als Ursache der Krankheit anzusehen.

Da man bezüglich der Ätiologie noch so sehr im unklaren sei, so sollte man nicht an der hergebrachten Bezeichung „Lupus erythematosus“ rütteln.

Vortragender berührt kurz die pathologische Anatomie der Krankheit und geht sodann zur Besprechung der Therapie über.

Innere Mittel allein, wie Jod, Quecksilber, Arsen, Leberthran, Ichthyol, haben nichts geholfen, wohl aber unterstützen sie die äufsere Behandlung.

Solange der Lupus erythematosus rot, akut ist, soll er nicht mit starken Mitteln behandelt werden. Angebracht sind hier Streupulver, kühle Umschläge, indifferente, milde Salben. Bei hartnäckigen, chronischen Fällen kommen die bekannten energischen Mittel (Ätzmittel, Thermokauter etc.) in Anwendung. Bei umschriebenen Stellen hat sich wegen der vorzüglichen Narbenbildung das Pyrogallol sehr gut bewährt.

Herr O. Rosenthal-Berlin beschreibt einen Fall von Lupus erythematosus bei einer 45 Jahre alten Frau, die ihre Krankheit seit ihrem 19. Lebensjahre hat und seit 13 Jahren unter R's Beobachtung steht. Die Affektion beschränkt sich ausschliefslich auf die Dorsalfläche der linken Hand und auf die einander zugekehrten Flächen des Zeige- und Mittelfingers derselben Hand.

Auf dem Handrücken bestanden zwei miteinander verbundene Scheiben, die sich bandförmig nach dem Vorderarm erstreckten und mit charakteristischen Efflorescenzen bedeckt waren. Die Finger waren verdickt und hatten das Aussehen, als ob sie durch unzählige Nadelstiche zerstochen wären. Die Nägel waren glanzlos und zeigten streifenförmige Verdickungen.

Die Affektion hat sich während der vielen Jahre ihres Bestandes nicht weiter ausgedehnt, hat indessen allen angewandten Mitteln hartnäckig getrotzt, bis sich R. entschlofs, die erkrankte Partie, soweit dies thunlich, auf operativem Wege zu entfernen. Da der mikroskopische Befund eines Probestückchens zeigte, dafs der Entzündungsprozefs sich bis in die tiefsten Schichten der Cutis erstreckte, so wurde, soweit angängig, ein bandförmiger Streifen aus Hand und Vorderarm excidiert; was man zurücklassen mufste, sowie die Finger, wurden mit dem scharfen Löffel ausgeschabt und dann mit dem Paquelin zum Verschorfen gebracht. Die durch zahlreiche Nähte geschlossenen Wundränder heilten per primam. An den Fingern trat schnell ein Rezidiv auf, da nicht genug kauterisiert war; es wurde nun bezirksweise unter lokaler Anwendung von Kokain der Krankheitsherd zerstört. Die Heilung ist endlich erzielt worden, und das kosmetische Resultat zur Zufriedenheit der Patientin ausgefallen.

R. bespricht ausführlich die Anatomie der excidierten Hautstückchen und demonstriert mikroskopische Präparate und mittelst der Hellerschen Lampe aufgenommene Mikrophotogramme.

In der Litteratur sind derartige Fälle, wie der von R. beschriebene, nur ganz vereinzelt verzeichnet. Hyde, Ohmann-Dumesnil haben je einen, Klotz zwei veröffentlicht.

Vortragender spricht sich gegen die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus aus.

Herr Schiff-Wien unterscheidet zwei Gruppen von Lupus erythematosus:

1. Lupus erythematosus constans,
2. Lupus erythematosus fugax.

Der Unterschied liegt weniger in dem klinischen und anatomischen Bilde, als in dem Verlaufe, den der Krankheitsprozefs nimmt.

Der Lupus erythematosus geht aus von einer Erkrankung der Talgdrüsen.

In einigen Fällen hat S. den Lupus erythematosus mit Tuberkulose kompliziert gesehen.

Herr Radcliffe Crocker-London demonstriert und erklärt Abbildungen und Moulages eines Falles von **Dermatitis repens** und **Adenoma sebaceum**.

Herr Dubreuilh-Bordeaux: **Über Ulcus rodens.**

Der Begriff „Epithelioma" hat sich seit einiger Zeit derart erweitert, daſs dieses Wort als Bezeichnung für eine bestimmte Krankheit seine Bedeutung eingebüſst hat. Man begreift unter diesem Namen ganz verschiedene Hautefflorescenzen. So versteht man darunter auſserordentlich bösartige, wahrhaft krebsartige Geschwülste, wie das Kankroid der Unterlippe, und man versteht unter demselben Namen eine wesentlich andere Hautaffektion wie das Molluscum contagiosum, das wegen seiner histologischen Struktur von Neisser mit Epithelioma contagiosum bezeichnet worden ist. Zwischen diesen Extremen bietet jede Gruppe von Oberflächenepitheliomen sowohl in histologischer wie klinischer Beziehung ganz verschiedene Typen dar. Unter diesen Oberflächenepitheliomen findet sich eine sehr häufige Form, welche von den englischen Autoren „Rodent ulcer" genannt worden ist und die eine besondere, vom Epithelioma gänzlich verschiedene Krankheit sein sollte. Für die meisten französischen und deutschen Autoren handelt es sich um eine einfache Abart des Epithelioma. Seinem klinischen Bilde und seinem Verlaufe nach entspricht es beinahe dem Epithélioma perlé und dem Epithélioma sudoripare, wie Verneuil es beschrieben hat.

Das Ulcus rodens beginnt gewöhnlich mit einem harten, perlartigen Knötchen, das auſserordentlich langsam wächst, ist von rundlicher Form und durch einen 2—4 mm breiten, leicht hervorspringenden, blaſs-rötlichen Wall von perlmutterartigem Glanz und einer ganz eigentümlichen Härte begrenzt. Das Zentrum nimmt eine oberflächliche, beinahe trockene, von einer festhaftenden Kruste bedeckte Ulceration ein. — Im weiteren Verlaufe greift das Ulcus rodens in die Tiefe bis auf das Rete über. Es kommt dann zu einem mehr oder weniger beträchtlichen Substanzverluste, der alle Gewebe gleichmäſsig trifft und sich als die Folge eines einfachen ulcerativen, die Gewebe in derselben Weise und auf demselben Niveau zerstörenden Prozesses erweist. An ein Neoplasma erinnert nur der wallartige harte Rand und die zuweilen höckerige Decke auf der ulcerierten Oberfläche.

In schwereren Fällen kommt es nach Verlauf von 10—20 Jahren zu tiefgreifenden Zerstörungen, wobei neben intensivem Jucken auch groſse Schmerzen bestehen.

Die Krankheit nimmt ihren Beginn gewöhnlich am inneren Augenwinkel, nicht so häufig auf der Nase und auf der Stirn. In seltenen Fällen werden die beiden unteren Drittel des Gesichtes ergriffen. Die Krankheit trifft Personen im reiferen oder im Greisenalter und erstreckt sich je nach der Ausdehnung auf einen kürzeren oder längeren Zeitraum. — Das Allgemeinbefinden der Patienten ist fast nie gestört, eine Kachexie ist niemals vorhanden. Dagegen sind Rezidive an unvollständig operierten Stellen regelmäſsig. Welcher Behandlung oder welchen Reizen auch immer das Ulcus rodens ausgesetzt sein mag, zu einer bösartigen Geschwulst wird es niemals.

Dem klinischen Bilde entspricht eine nicht weniger präzise und konstante anatomische Beschaffenheit. Das Ulcus rodens ist ein Epitheliom, bestehend aus kleinen zu runden oder winkligen Läppchen gruppierten Zellen. Die Zellen sind sehr klein und wenig deutlich; in der Peripherie des Läppchens sind sie radienförmig nach Art einer Zylinderepithel-Auskleidung angeordnet. Sie zeigen niemals einen stacheligen Rand, verhornen nicht und bilden niemals Epidermiskügelchen. Dafür erfahren sie oft im Zentrum des Läppchens eine eigentümliche Entartung.

D. giebt im folgenden die beschriebenen charakteristischen Eigenschaften des Ulcus rodens noch einmal im Zusammenhang wieder.

Differentiell-diagnostisch kommen tertiäre Syphilide und der Lupus vulgaris in Betracht, mit denen die Krankheit wegen ihrer ulcerösen, nodosen Beschaffenheit auch häufig verwechselt wird. (Schluſs folgt.)

Aus den Verhandlungen der Wiener Dermatologischen Gesellschaft.

Archiv f. Dermat. u. Syph. 1892.

Sitzung vom 11. Februar 1892.

v. Hebra: Demonstration des schon vorgestellten Falles spontaner Gangrän. Seit einigen Tagen ein gangränöser Streifen, der über eine schon länger bestehende gangränöse Stelle hinwegzog. Das spricht dafür, dafs die Gangrän keine spontane, sondern eine durch Ätzung hervorgerufene ist; die ätzende Flüssigkeit ist streifenförmig herabgelaufen. Mechanische Reize (Kratzwunden) machen keine Gangrän bei der Patientin.

Die Diskussion bringt nichts Neues.

Ehrmann: Ein Fall von Alopecia areata. Auf der linken Kopfhälfte bei einer an Hemikranie leidenden Patientin; Behandlung mit dem faradischen Strom; beginnendes Hervorspriefsen von Lanugohärchen.

Ehrmann: Ein Fall von Herpes zoster thoracicus sinister. Die Bläschen folgen genau den Nerven (rami laterales und anteriores, ramus cutaneus intercostalis), nicht den Gefäfsen, wie es Pfeiffer angiebt.

Schiff: Fall von Lupus des Oberarms, Handgelenks und Gesäfses. In Bromäthylnarkose energische Auskratzung und Applikation von 10%iger Sublimatlösung; glatte Vernarbung. Hebra hat mit der gleichen Therapie glatte Narben erzielt, ohne Rückfälle verhüten zu können.

Neumann stellt vor: 1. Mann, vier Monate nach der Infektion, mit papulosquamösem Syphilid; linsengrofse Infiltrationen in der Corona glandis, am inneren Präputialblatt, Schaft des Penis, Scrotum; an der Stirn braunrote, schuppende Efflorescenzen; an der Wange mit Krusten bedeckte Papeln; am Stamm und Extremitäten, lebhaft schuppende Efflorescenzen; Pharynxschleimhaut geschwollen, Tonsillen zerklüftet. 2. Tuberkulose der Oberlippe. 3. Epitheliom der rechten Wange. 4. Zerfallene Gummata bei einem Patienten 30 Jahre nach der Infektion; die ersten Gummata waren schon 1876 aufgetreten. 5. Lupus hypertrophicus exulcerans am linken Fufs und dem rechten Schenkel; am Stamm gleichzeitig Lichen scrophulosorum. 6. Syphilis tarda bei einer Frau: kleine, granulierende Geschwüre in der Kniekehle, Defekt im Gaumensegel.

Grimm demonstriert einen elektro-therapeutischen Apparat gegen Bettnässen, über den ich bereits in dieser Zeitschrift berichtet habe.

Kaposi demonstriert 1. Lippenabscefs, welcher eine Schankersklerose vorgetäuscht hatte; 2. exzessiven Lupus tumidus des linken Ohrläppchens um ein centrales Atherom; 3. Keratosen in der Kubitalgegend und an den Zehen, Ichthyosis nitida am Stamm, Onychogryphosis der Finger und Zehen mit Verlust von drei Nägeln und stark aufgeworfenen Rändern, Fibroma molluscum der linken Schulter, Druckvitiligo entsprechend einem Bracherium, Alopecia areata an Kopf und Bart; alles bei demselben Patienten; 4. drei Pemphigusfälle mit multiformen Erythemen, congruent der Dermatitis herpetiformis Duhring.

Sitzung vom 24. Februar 1892.

Beer und Kaposi demonstrieren einen Fall von eigentümlicher Atrophia cutis an beiden Armen, mit gleichzeitiger ödematöser Schwellung im Gesicht. Nebenbei Hypertrophie der Phalangen des rechten Mittelfingers. Die Affektion erinnert an Sklerodermie. Auffallend ist die grofse Schmerzempfindlichkeit.

Neumann und Lang erwähnen ähnliche Fälle.

Mraček stellt einen Fall als Pemphigus foliaceus vor, welche Diagnose in Zweifel gezogen wird, da die Trockenheit und die dünne Beschaffenheit der Haut

dagegen sprechen. Gegen die Diagnose einer Psoriasis fällt ins Gewicht besonders, dafs einige Stellen nässen und mit Exsudat bedeckt sind, und Ellenbogen und Knie gerade frei sind.

Schiff glaubt, dafs der Fall an das Eczema seborrhoicum erinnere, wogegen Hebra die bestimmte Definition einer Krankheit als Eczema seborrhoicum vermifst und diesen Patienten eher für einen Psoriatiker ansprechen möchte. Neumann schliefst die Psoriasis mit Sicherheit aus, **leugnet** aber auch **die Existenz eines Eczema seborrhoicum,** welchen Ausdruck Schiff in diesem Falle mit Eczema parasitarium identifiziert. Lang schliefst sich der Diagnose Pemphigus foliaceus an. Mraček hebt hervor, dafs Patient zwei Monate nach Beginn der Erkrankung quaddelartige Efflorescenzen zeigte, die ihn an Dermatitis herpetiformis denken liefs. Eine Besserung sei nach Kalomel erfolgt, wofür der Befund von Produkten abnormer Darm-Fäulnisprozesse im Urin die Erklärung biete. (Die Diskussion ist sehr belehrend, besonders weil sie uns zeigt, wie arg es noch mit der Definition der einzelnen Krankheitsbilder steht, und wieweit die Diagnosen hervorragender Dermatologen noch dementsprechend auseinandergehen können. Der Ref.)

Neumann: Ein Fall akuter Psoriasis vulgaris und ein Fall von papulösem Syphilid, das wegen der weifsen glänzenden Schuppen an Psoriasis erinnerte. Die Therapie bestätigte die Diagnose.

Ehrmann: Ein Patient mit einem ins Cavum ischio-rectale reichenden von Lupusknötchen umgebenden Geschwür.

Schiff: Ein Kind mit Erythema nodosum haemorrhagicum, das vor drei Monaten Gelenkrheumatismus hatte.

Kaposi: 1. Ein Fall von Zoster gangraenosus hystericus; zum elftenmale auf der Klinik. Nekrose in der Tiefe bei noch durchsichtiger oberster Epidermisschicht erkennbar. Stets cyklischer Verlauf. 2. Ulcerös-serpiginöses Gumma an der Lippe. 3. Initialsclerose an der Lippe. 4. Ekzem und Seborrhoe und Herpes tonsurans maculosus bei demselben Patienten. **K. hält das Eczema seborrhoicum für ein gewöhnliches Ekzem, das an Stellen mit vielen Talgdrüsen sitzt,** kreisförmige Bildungen zeigt entsprechend der Anordnung der Follikel, ohne dafs Pilze die Ursache sein müssen.

Sbhiff: Ein Knabe mit Eczema marginatum an der Lippe und anderen Stellen, das auf Chrysarobin zurückging. Kaposi bestreitet die Diagnose: Erfolg mit einem antiparasitären Mittel beweist noch nicht die Diagnose einer parasitären Erkrankung.

Sitzung vom 9. März 1892.

Neumann: Ein Fall von Erythema multiforme und Purpura rheumatica.

Mračeks in voriger Sitzung vorgestellter Fall wird von neuem besprochen, wobei eine gröfsere Neigung zur Diagnose Pemphigus besteht. Ein neuer Ausbruch war wieder von einer Zunahme abnormer Stoffe (Fäulnisprodukte) im Urin begleitet.

Grünfeld: Exulcerierende Papeln im Gehörgang bei einem Patienten, der früher (November 1891) mit Papulae luxuriantes vorgestellt ist.

Paschkis: Ein Mädchen von 11 Jahren mit gutartigen Plaques auf der Zunge, ähnlich den Casparyschen. Es wird im Anschlufs an diesen Fall lebhaft über diese Plaques, die Glossodynia exfoliativa, Lingua geographica etc., diskutiert; es ergiebt diese Diskussion nur die Thatsache, dafs verschiedene Leiden der Zunge solche Veränderungen machen, für deren Abgrenzung voneinander keine genügenden diagnostischen Momente vorliegen.

Neumann demonstriert: 1. Patient mit Psoriasis orbicularis und Pigmentierungen ohne vorherigen Arsenikgebrauch. 2. Den in der letzten Sitzung gezeigten

Fall von Syphilis psoriasiformis; auf sechs Injektionen Besserung; Schuppen abgelöst; an Stelle der Papeln beginnendes Leucoderma syphiliticum. 3. Balanitis und Psoriasis an der oberen Brusthälfte. 4. Tertiäre Erscheinungen mit Defekten an der Nasenscheidewand, Geschwür an der Oberlippe 19 Monate nach der Infektion. Eine Lungeninfiltration erklärt das schnelle Fortschreiten. 5. Exstirpation einer Sklerose und der Inguinaldrüsen 19 Tage nach der Infektion, trotzdem am 67. Tage makulöses Syphilid. 6. Den wiederholt besprochenen Fall, der zuerst als Erythema toxicum, dann als Lichen ruber acuminatus, schliefslich als Pityriasis rubra pilaris bezeichnet wurde. Derselbe zeigt jetzt Flecken, die ganz wie Psoriasis aussehen, von Lang, Kaposi und Neumann auch als psoriatische aufgefaſst werden, während Hebra glaubt, dieselben als Äuſserungen der Pityriasis rubra pilaris ansehen zu können. Neumann hält Kaposi gegenüber seine früher zur Frage der Pityriasis rubra pilaris genommene Stellung vollkommen aufrecht. 7. Einen Mann mit fast universellem Hautleiden, bei dem man zwischen Pityriasis rubra oder Eczema chronicum schwanken könnte; Neumann neigt zur letzteren Diagnose.

Gollasch hat bei einem Fall von Lymphodermia perniciosa (140000 weiſse, 3500000 rote Blutkörperchen) im Blute und in der Haut auffallende Mengen von eosinophilen Zellen gefunden, deren Zahl im Blute 3%, d. h. das zehnfache der Norm betrug. In der Haut waren sie im Korium mehr- oder einkernig nachweisbar; die mononukleären beweisen, daſs sie an Ort und Stelle entstanden sind. Auch in den Krusten waren die eosinophilen Zellen vorhanden. Alles weist darauf hin, daſs gewisse Organe, die diese Zellen produzieren, funktionell zusammengehörig sind.

Sitzung vom 23. März 1892.

Kaposi: Zwei Fälle von idiopathischem, multiplem Pigmentsarkom. Aus den daran geknüpften interessanten Ausführungen sei hervorgehoben die diffuse Rötung und Härte der Haut, besonders an Hand- und Fuſsrücken, die sich auch ohne Knotenbildung findet, also nicht auf sekundären Cirkulationsstörungen beruhen kann. Die dunkle Färbung ist hier auch nicht durch Pigment, sondern durch mikroskopische hämorrhagische Herde bedingt. Diese Momente im Verein damit, daſs diese Rötung schon ein Jahr vor der Knotenbildung besteht und symmetrisch die Enden der Extremitäten zuerst ergreift, sprechen vielleicht für eine primäre Gefäſserkrankung.

Riehl will diese Geschwülste nicht den Rund- und Spindelzellensarkomen zuzählen, sondern Angiosarkomen.

Neumann demonstriert: 1. Cornu cutaneum auf einem Epitheliom der rechten Wange. 2. Gummöse Myositis des Triceps brachii ca. 2 Jahre nach der Infektion. 3. Groſse Sklerose an der Oberlippe.

Lang zeigt zwei Syphilitiker mit „gefalteter Zunge“ und einen Fall desselben Leidens bei einem Patienten, der frei ist von Syphilis.

Kaposi zeigt: 1. Acne cachecticorum am Gesicht, Schulter, Rücken. Die sich findenden scheibenartigen Narben sind durch Aneinanderreihen der pustulösen Efflorescenzen zu erklären. Lukasiewicz hat in denselben ein Granulationsgewebe mit Riesenzellen gefunden. 2. Psoriasis bei einem Manne; die gröſseren Herde entstehen hier durch eine Summe stecknadelkopfgroſser, mit stacheliger Epidermis bedeckter Knötchen, ähnlich dem Lichen ruber planus. 3. Elephantiasis und Lupus des Unterschenkels. 4. Lupus der ganzen rechten Unterextremität und der Nates mit elephantiastischer Verdickung bei einem Mädchen. 5. Eine Frau mit Elephantiasis des Gesichts und Lupus tumidus. 6. Eigentümliche Dermatitis bei einer Frau, ohne daſs man das Leiden trotz viermonatlicher

Beobachtung rubrizieren konnte. Am Stamm, Extremitäten und Gesicht unregelmäfsige rote, infiltrierte Herde, stellenweise Abschilferung, etwas Schmerz, starkes Jucken. Anfangs war es unter Steigerung der Entzündung und leichtem Fieber zu Blasenbildung gekommen, das hat aber aufgehört. Mäfsige Vermehrung der eosinophilen Zellen. Therapie nutzlos gewesen.

Riehl demonstriert mikroskopische Präparate von a) Trichinosis in den mimischen Gesichtsmuskeln, im subkutanen Bindegewebe, in den an die Papillarschicht herantretenden Muskelbündeln. b) Lichen scrophulosorum, um die Ansicht von Jabobi-Neisser, dafs die Knötchen die Struktur von Tuberkelknötchen zeigten, zu widerlegen. Riesenzellen sind da, aber ohne die typische Anordnung der Kerne; die epitheloiden Zellen fehlen, die Anordnung des Granulationsgewebes um meistens nicht-normale Haarbälge sprechen gegen die Jacobische Auffassung. Ähnliche Befunde machte man bei Kerion Celsi, Lichen syphiliticus, wo auch Riesenzellen zu finden sind.

Lukasiewicz, Ehrmann, Kaposi, Neumann betonen auch den häufigen Befund der Riesenzellen bei Syphilis und erklären sich gegen die tuberkulöse Natur des Lichen scrophulosorum.

Hermann Schlesinger: Über die Einwirkung extern angewendeter Medikationen auf die Blutdichte. Quecksilber (als Injektion mit 5%iger Sublimatlösung) bewirkt zuerst eine erhebliche Steigerung, dann eine Erniedrigung des spez. Gewichts des Blutes oft mit einer gleichzeitigen Harnflut. Die Steigerung ist aufzufassen als Eindickung mit relativer Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen. Oleum cinereum, Inunktionen bewirken keine Schwankungen als Ausdruck geringer Resorption. Naphtol, Chrysarobin, Pyrogallol und Teer wirken ähnlich wie Sublimat, aber nicht so stark. — Die Eindickung des Blutes wird ohne Schaden tagelang ertragen; ihr Vorkommen bei Verbrennungen, das Verfasser bestätigt, kann nicht als Ursache des Todes nach denselben angesehen werden.

S. Kohn demonstriert sein Epidermin, über das in dieser Zeitschrift schon berichtet ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Anatomisch-pathologische Beiträge zum Studium der Lepra von Damaschino. (*Archives de médecine espér. et d'anat. patholog.* 1891. Nr. 2. *Centralbl. f. allg. Pathol. u. Patholg. Anatomie.* 1892. Nr. 10.) Aus dem Nachlasse Damaschinos teilen Lesulle und Thérèse zwei Fälle tötlich verlaufender Lepra mit, bei denen das gleichzeitige Bestehen einer Tuberkulose, besonders der Lungen vermutet wurde; in der zweiten Beobachtung stellte die Tierimpfung es sicher. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Nervenausschabung bei Lepra, von Cramer. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1892, No. 52.) Ein 40jähriger Patient, der sich in Siam leprös infiziert, bot die Erscheinungen einer auf den linken Arm beschränkten Lepra nervosa; drei dem Nervus medianus, ulnaris und subcutaneus externus entsprechende Stränge waren fühlbar. Patient konnte mit der Hand nicht arbeiten, zumal sich über dem Ellenbogen an der

Innenseite des Oberarms zwei haselnufsgrofse Knoten in der Haut fanden. Nach Freilegung eines Knotens, der mit dem Nervus medianus durch einen Fortsatz verbunden war, quoll nach Durchtrennung des letzteren eine käsige, weiche Masse aus dem Nerven heraus. Spaltung des ganzen Nerven am Oberarm, Entfernung der breiigen Massen mit dem scharfen Löffel. Einige Wochen später dasselbe Verfahren am Nervus ulnaris; zuletzt Exstirpation des Nervus cutaneus externus; Wundheilung stets gut; vollständiger Schwund der Anästhesie und Herstellung der Gebrauchsfähigkeit der Hand. — Die breiigen Massen enthielten allerdings wenig Leprabazillen, erwiesen sich als Folge zentraler Nekrose im Nerven.

(Ohne über die Dauer der Heilung sich zu grofsen Illusionen hinzugeben — in der That ist bei dem Patienten ein Jahr später die Operation allerdings wieder mit gutem Erfolge wiederholt worden — wird man diesem operativen Versuche um so mehr Interesse widmen müssen, als er auch auf die pathologisch-anatomischen Vorgänge bei dem Wesen der Lepra einiges Licht wirft. Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Lepra anaesthetica, von Prof. Plucker. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège.* 1892.) Ein 43jähriger Kohlenarbeiter, der als Soldat auf Java und Sumatra gewesen war, bemerkte bei seiner Rückkehr 1887 auf den Wangen eigentümliche Flecke. Dieselben sind seitdem trotz aller Behandlung und namentlich gründlicher antisyphilitischer Mafsregeln nicht wieder vergangen, haben sich vielmehr auf den ganzen Körper ausgedehnt. Die Flecke sind rötlich-braun oder gelblich, von der Gröfse eines Centimes bis zu einem Durchmesser von 6 cm und sind in ihren oberen Lagen vollständig anästhetisch für Berührung, Nadelstiche und Hitze. Aufserdem finden sich erhebliche Schwellungen verschiedener Nerven (N. saphenus externus dexter, N. cubitalis sinister). Verfasser hat jetzt mit der Unnaschen Behandlung (innerlich Darreichung von Ichthyol, äufserlich reduzierende Mittel, namentlich Chrysarobin) begonnen, soweit mit gutem Erfolg. *Philippi-Nieheim.*

Lepra in Kaschmir, von E. F. Neve, (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1892.) Am Missionshospital hat Verfasser im Laufe der letzten 1½ Jahre 152 Leprakranke poliklinisch behandelt. Darunter fanden sich 146 Männer und nur 6 Weiber. Hereditäre Belastung war bei 115 nicht nachzuweisen. Bei 16, welche daraufhin examiniert wurden, ergab sich eine vorherige Infektion mit Syphilis. Der Genufs von Fischnahrung wurde von 64 absolut geleugnet. Die meisten Kranken waren Hirten oder Ackerwirte und nährten sich gröfstenteils von Milch. Der Religion nach waren 147 Mohamedaner, 5 Hindus. Erstere bilden den ärmeren, letztere den reicheren Teil der dortigen Bevölkerung. Verfasser hat bemerkt, dafs in den Landstrichen, wo die Krankheit am häufigsten auftrat, das Wasser oft viel organische Bestandteile aus verwestem Holz und Laub enthält. *Philippi-Nieheim*

Lepra auf Hawaii, von James H. Packinson. (*Occidental Med. Times.* Aug. 1890. Vol. IV. No. 8. p. 441.) Dieser Artikel giebt ein Resumé des Berichtes von Dr. J. H. Kimball, Vorsitzender des Gesundheitsrats des Königreichs von Hawaii. Kimball glaubt an die Kontagiosität der Lepra und erklärt, dafs „eine vollständige, absolute und gründliche Isolierung den einzigen sicheren Schutz gegen die Zerstörungen derselben gewährt“. Dieser Bericht umfafst auch denjenigen von Dr. Lutz, der im Januar 1890 von der Regierung zum Studium und zur Behandlung der Lepra als Arzt angestellt wurde. Dr. Lutz' Bericht behandelt das erste Viertel des Jahres 1890. Er fing das Jahr mit 22 Fällen an, von denen 11 aussätzig und 11 nur verdächtig waren. Lutz sagt, dafs die tuberösen Fälle sich gebessert haben. Die roten, erythematösen und die chromatischen und hyperchromatischen Fälle können durch äufsere

Behandlung vielfach schnell geheilt werden, wenn auch letztere gröſseren Widerstand leisteten. Am wenigsten Wirkung erzielte man, wo sich ausgesprochene Atrophie im Verein mit Anästhesie fand. Er bespricht die gebrauchten Mittel und giebt dem Salol zur internen Darreichung und der äuſseren Anwendung von Chrysarobin den Vorzug. Er findet, daſs Lepra auf diesen Inseln denselben Typus wie sonstwo aufweist und durchaus nicht bösartiger auftritt. Dr. SWIFTS Bericht ist interessant, weil er eine gröſsere Anzahl von Fällen (1170) dieser Krankheit beobachtet hat als irgend ein anderer der jetzt lebenden Ärzte. Er glaubt, daſs die Lepra auf Hawaii gegenwärtig eine spontane Umwandelung erleidet und einen neuen Typus annimmt. Eine sehr ausgesprochene Eigentümlichkeit der anästhetischen Fälle ist ihre Neigung zur Annahme ataktischer Symptome. Der Herausgeber sagt, daſs bei Annahme der Kontagiosität der Lepra es von groſsem Interesse sein wird, festzustellen, ob ein Individuum, bei welchem die aktiven Entwickelungsstadien des Leidens vorüber sind, noch eine Quelle der Ansteckung bildet, wie dies bei vielen Syphilitischen, die keine erkennbaren Abnormitäten darbieten, der Fall ist. *Ohmann-Dumesnil, St. Louis.*

Lepra in Centralasien, von G. CAPUS. (*Progrès médical* nach *Pacific Record*. März 1892.) In Turkestan haben alle gröſseren Städte ihr Lepradorf, wohin die meisten Aussätzigen mehr oder weniger zwangsweise verwiesen werden. In diesen Kolonien kommen nicht wenige Kinder zur Welt, die bis zur Pubertät, wie es scheint, durchweg frei bleiben von dem Leiden. Die Maſsregeln, die dort zu Lande gegen die Ausbreitung der Affektion ergriffen werden, sowohl innerhalb wie auſserhalb der Niederlassungen, scheinen absolut unzureichend zu sein. *Philippi-Nieheim.*

Ein amerikanischer Leprafall, von MONTGOMERY. (*Pacific Med. Journal*, April 1892.) Verfasser steht im allgemeinen der Kontagiosität der Lepra etwas zweifelnd gegenüber, zumal in den Vereinigten Staaten erworbene Lepra höchst selten ist. Verfasser meint, daſs die Bedingungen dazu im allgemeinen nicht günstig seien, im Gegensatz zu Norwegen. Er hat nun einen Fall beobachtet, der niemals auſserhalb der Vereinigten Staaten sich aufgehalten hat. Die Ansteckungsquelle ist aber mit ziemlicher Sicherheit zu entdecken, da Patient etwa sechs Jahre vor Beginn seiner Erkrankung verschiedentlich mit chinesischen Mädchen geschlechtlich verkehrt und mit solchen zusammengelebt hat; zwar soll keine von diesen Symptome von Lepra gezeigt haben, doch kannte Patient damals dieselben noch nicht. Längere Zeit vorher hatte er einen Schanker gehabt, der aber nicht von Secundaria gefolgt war. — Der Fall ist wohl charakterisiert und bietet nichts Besonderes.

Patient war lange als Syphilitiker behandelt und schiebt die Schwere seiner Erkrankung dem Quecksilber in die Schuhe.

Er starb nach siebenjährigem Bestehen der Lepra. *F. Hahn-Bremen.*

b. *Tuberkulose.*

Die klinischen Erscheinungen und die ätiologischen Beziehungen der Hauttuberkulose, von J. C. WHITE. (*Boston. Med. and Surg. Journ.* 12. Nov. 1891.) Als Einleitung zu einer Diskussion über Tuberkulose der Haut giebt W. in gedrängter Übersicht die klinischen Eigentümlichkeiten von Lupus vulgaris, Verruca necrogenica, Tuberculosis cutis und Scrophuloderma, sowie die Beweise für ihre Entstehung durch den Tuberkelbacillus. Das von UNNA als besondere Form aufgestellte tuberkulöse Ekzem läſst er als solches nicht gelten, vielmehr wünscht er, daſs für alle diese Affektionen eine gemeinsame zusammenfassende Bezeichnung Platz greifen möchte, ebenso wie es niemandem einfällt, die verschiedenen Symptome der Syphilis als besondere Krankheiten zu beschreiben. Als Beweise für ihre Zusammengehörigkeit

führt er, auf Beispiele gestützt, an: 1. Das Vorkommen der verschiedenen klinischen Erscheinungen bei demselben Individuum. 2. Das Vorhandensein des Bacillus tuberculosus bei allen diesen klinischen Abarten. 3. Impfversuche. 3. Autoinokulation und die Übertragung der Infektion von einem Wirt zum anderen. 5. Komplikation mit Lungentuberkulose. *Philippi-Nieheim.*

Über die Wirkung des Tuberculinum Kochii bei Lupus nach den Beobachtungen an der Münchener chirurgischen Klinik, von Konrad Port. (*Münchener medizinische Abhandlungen,* 23. Heft. [III. Reihe, 2. Heft.]) Der ausführliche Bericht über 17 mit Tuberkulin behandelte Lupusfälle stimmt in seinen Endergebnissen mit den sonst gemachten Erfahrungen. Es seien daher nur kurz die Resultate wiedergegeben: Die spezifische Wirkung auf das lupöse Gewebe kann nur bestätigt werden; in kurativer Beziehung wurde eine zeitweilige, allerdings oft recht beträchtliche Besserung, niemals eine Heilung oder eine Verhinderung des Recidivs erzielt. Der theoretische Wert des Mittels ist grofs, der praktische gering.

Jessner-Königsberg i. Pr.

c. *Syphilis.*

Die Excision des harten Schankers, von Spillmann. (Referiert aus *Revue médicale de l'Est.* 1892. 1. Jan., in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 259). Spillmann erklärt sich auch heute noch gegen jeden chirurgischen Eingriff gegenüber dem harten Schanker und führt zwei weitere Fälle an, die die Nutzlosigkeit und Schädlichkeit dieser Operation belegen. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Schanker unter einer Phimose, von Cordier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 344). Bei Schankern, die unter einer Phimose sitzen und der Heilung oft nur sehr schwer zugänglich sind, hat C. neuerdings ein Verfahren angewandt, mit dem er sehr zufrieden ist. Die Vorhaut wird zuerst mit Borsäure-Lösung ausgespült, alsdann werden von einer stark gesättigten Chlorzink Lösung (5:4) 1,0–2,0 eingespritzt und eine, höchstens zwei Minuten drinnen gelassen; es wird wieder mit Borwasser nachgespült, und darauf wird die Cirkumcision vorgenommen; alles natürlich in der Narkose. Der Patient spürt beim Erwachen nur wenig Schmerz, Wunden und Schanker heilen gut. *Türkheim-Hamburg.*

Sekundäre Syphilis der Tonsilla lingualis, von Labit. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 299). Die syphilitischen Erkrankungen der sogenannten vierten Mandel, des lymphoiden Gewebes am Zungengrunde, sind erst wenig beobachtet. Vier derartige Fälle wurden Anfang d. J. von Moure und Raulin veröffentlicht, und Verfasser ist so glücklich, diesen noch einen weiteren hinzuzufügen. Bei dem betreffenden Patienten, der über heftigen Schmerz beim Schlucken klagte, zeigten sich Schleimhaut-Plaques an Gaumen und Mandeln. Mit Hülfe des Laryngoskops liefs sich auch Schwellung des adenoiden Gewebes des Zungengrundes nachweisen. Die einzelnen Follikel glichen hervorspringenden roten Warzen von verschiedener Gröfse; mehrere derselben waren mit grauen Ulzerationen bedeckt. Derartige Entzündungen der vierten Mandel scheinen durch reichlichen Genufs von Tabak und Alkohol, sowie durch vieles Sprechen befördert zu werden. Die Behandlung hat sich vor allem gegen das Grundleiden, die Syphilis, zu richten. *Türkheim-Hamburg.*

Verengerung der Trachea infolge von Syphilis, von Guillaume. (Referiert aus *Revue médicale belge.* 1891. 3. März, in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 304). Bei einer seit Jahren syphilitischen Person stellten sich starke Atembeschwerden ein, die trotz Tracheotomie fortdauerten. Die Versuche der Sondenerweiterung der Luft-

röhre mifslangen. Es erfolgte der Tod. Bei der Sektion fand sich in der Luftröhre eine stark verengerte Stelle, die vermutlich von der Vernarbung eines syphilitischen Geschwürs herrührte. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen extragenitalen Schanker, von Pauly. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 342). Aus einer Verletzung der Stirn hatte sich bei einem 48jährigen Manne ein handtellergrofser harter Schanker entwickelt. Dazu gesellte sich sechs Wochen später auf der rechten Wange ein Geschwür, das sich genau so verhielt, wie ein harter Schanker. Aufserdem bestanden Drüsenanschwellungen und Schleimhaut-Plaques im Munde. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilitische Reinfektion, von Pauly. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 344). Der Betreffende hatte vor acht Jahren einen Schanker mit Haarausfall und Schleimhaut-Plaques. Er wurde damals von zwei Ärzten untersucht und mit Hg behandelt. Weitere Symptome zeigten sich in der Folge nicht. Jetzt hat der Mann wieder Schleimhaut-Plaques im Munde, in der Nase, am Scrotum und Anus; Pigmentsyphilid am Halse; Drüsenanschwellungen. Auf der linken Wange befinden sich zwei Narben, die sich an Stelle zweier harter Knötchen gebildet haben. Diese werden von P. als das Primärgeschwür angesprochen. *Türkheim-Hambnry.*

E. Chapotot berichtet im *Lyon médical* (1891. S. 397) über drei Fälle von **Icterus syphiliticus** während des sekundären Stadiums. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1891. S. 125). *Türkheim-Hamburg.*

Starrheit des Collum uteri während der Entbindung, von Maygrier. (Referiert aus *Sémaine médicale.* 1891. S. 421, in *Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 340). Bei einer II Para, deren erste Entbindung ganz glatt verlaufen war, war infolge von Syphilis das Collum uteri so starr, dafs das Kind während der Wehen starb und erst mit Hülfe des Kephalotribs geboren werden konnte. Diese Starrheit kann sowohl durch ein primäres Geschwür, wie auch durch eine Neubildung im sekundären oder tertiären Stadium, mit dem Sitz auf dem Collum uteri bedingt sein. Unter hypertrophierender Einwirkung der Schwangerschaft bildet sich dann ein fibröser Mantel um den Mutterhals. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von Jacksonscher Epilepsie syphilitischen Ursprungs. (Referiert aus *Revue méd. de l'Est in Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 255, von Bernheim. Eine 34jährige, seit zehn Jahren syphilitische Puella publica erkrankte nach einem heftigen Schlag auf den Kopf an Jacksonscher Epilepsie, die auf die linke Körperhälfte beschränkt blieb. Heilung mit Quecksilber und Jodkalium. 28 Monate später, nach einer starken Gemütserschütterung, Wiederholung des nämlichen Krankheitsbildes. Suggestion erfolglos, Heilung ohne jede weitere Behandlung. An diesen Fall knüpft B. einige theoretische Bemerkungen. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von **Hystero-Syphilis,** von Régnier. (Referiert aus *Revue méd. de l'Est.* 1892. 1. Febr., in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 256. Patient wurde mit 28 Jahren syphilitisch, kam aber erst fünf Jahre später wegen eines Syphilids in erfolgreiche Behandlung. Mit 35 Jahren ausgesprochene Hysterie. Globus, allgemeine Hyperästhesie, Neigung zu Lachen und Weinen, Sprachstörungen bis zu völliger Aphasie, Verminderung der Seh- und Hörschärfe, unstillbares Erbrechen. Heilung nach 40 Tagen mittelst Suggestion. Später Epilepsie, die nach ausgiebiger Hg-Behandlung wieder schwand. Jetzt seit 2 Jahren gesund. *Türkheim-Hamburg.*

Drei Fälle von Hirnsyphilis, von HERRGOTT. (Referiert aus *Revue méd. de l'Est*. 1892. 15. Januar, in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 254.) In allen drei Fällen erfolgte Heilung nach dem SCHÜTZEMBERGERschen Verfahren; Schmierkur in erhöhter Temperatur. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von **Syphilis medullae praecox**, 14 Monate nach der Ansteckung, trotz ausgiebiger Behandlung, berichtet DÉJERINE in den *Ann. de médecine* 1892. S. 73. *Türkheim-Hamburg.*

Klinische Beiträge zur Hämochromometrie und Spektroskopie, als diagnostisches Hülfsmitel und Kontrole der therapeutischen Erfolge der Jod-Quecksilberbehandlung, von LUIGI D'AMORE. (*Internat. klin. Rundsch.* 1892. Nr. 25.) Zum Beweise des SEMMOLAschen Ausspruches, dafs die Chromozytometrie das Mafs für die Indikation und den Nutzen der den Stoffwechsel beeinflussenden Arzneimittel (Quecksilber, Jod etc.) dienen müsse, da diese als Endergebnis Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins bewirken, hat Verfasser genaue Untersuchungen an wegen Syphilis in Behandlung stehenden Kranken angestellt. Die Blutuntersuchungen wurden vorgenommen mit dem v. FLEISCHLschen und MALASSEZschen Hämometer, dem MALASSEZschen Globulimeter und dem HÉNOCQUEschen Hämato-Spektroskop. Letzteres Instrument empfiehlt Verfasser besonders, da es auf einfache Weise die quantitative und qualitative Bestimmung des Blutfarbstoffs gestattet. Die Beobachtung des Blutspektrums am Fingernagel und Stoffwechseluntersuchungen vervollkommneten die Untersuchungen. Das Resultat war eine Bestätigung der von SEMMOLA ausgesprochenen Sätze:

1. Die fortschreitende konstitutionelle Syphilis, die mit Quecksilber nicht behandelt wird, veranlafst eine Verminderung des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen.

2. Wenn man einem Tiere Quecksilber verabreicht, so erfolgt eine rasche Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins.

3. Wenn ein Syphilitischer, der eine Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins aufweist, der Merkurbehandlung unterzogen wird, so wird bei ihm gleich nach den ersten Tagen eine Vermehrung sowohl der roten Blutkörperchen als auch des Hämoglobins zu konstatieren sein.

4. Wenn aber die Quecksilberbehandlung über das Erforderliche hinaus verlängert wird, nämlich über die Grenze, wo die spezifische therapeutische Wirkung des Quecksilbers aufhört und seine biologische toxische Wirkung beginnt — mag selbe anfangs noch so schwach sich offenbaren —, dann beginnen auch Blutkörperchen und Hämoglobin abzunehmen. — Beachten mufs man bei diesen Untersuchungen, dafs in Fällen, wo eine Alteration des Blutes trotz der sonst guten Wirkungen des Quecksilbers stationär bleibt, eine Komplikation mit anderen Blutanomalien — Chlorose — vorliegt, die ihrerseits gesondert behandelt werden müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilitische Gelenkaffektionen, von J. HUTCHINSON jr. (*Brit. med. Journ.* 16. April 1892.) In diesem klinischen Vortrag bespricht Verfasser 5 verschiedene Formen syphilitischer Gelenkleiden. 1. Die im sekundären Stadium auftretende Synovitis; dieselbe ist zwar selten und bewirkt meist nur mäfsige Beschwerden, ist aber unter anderem auch dadurch interessant, dafs sie bereits in einem japanesischen Buche aus dem Jahre 808 erwähnt wird und in früheren Jahrhunderten viel verbreiteter und intensiver gewesen zu sein scheint. Die vier anderen Formen betreffen die Tertiärperiode, nämlich 2. Perisynoviale Gummata, von denen die meisten das Kniegelenk affizieren; 3. Gelenkerkrankungen infolge von periostalen oder ostitischen, gummösen Knoten, welche oft sehr schwer zu diagnostizieren sind; 4. chronische

Synovitis mit gummöser Verdickung der Kapsel, welche mit tuberkulöser Arthritis, sowie der rheumatischen Arthritis oder Arthritis deformans viel Ähnlichkeit hat, und 5. die von VIRCHOW zuerst gewürdigte syphilitische Chondro-Arthritis. Kranke mit hereditärer Syphilis können alle diese Formen aufweisen; aufserdem findet man aber bei ihnen noch zwei spezielle Formen: 1. Epiphysitis, die sogar zur Bildung von Eiter im Gelenk führen kann, und 2. chronischer Hydrops der Gelenke mit den bekannten Erscheinungen. *Philippi-Nicheim.*

Rhachitis und Syphilis, von J. JÄGER. (*Rev. d'orthopédie.* 1891. No. 5.) Von 81 hereditär-luetischen Kindern werden 53 von der Lues geheilt; 11 von ihnen erkrankten an Rhachitis; dazu kommen noch 8 Kinder, die syphilitische Geschwister hatten, selbst aber frei von Syphilis schienen. Für einen kleinen Teil dieser 19 Kinder glaubt Verfasser Syphilis als Ursache der Rhachitis annehmen zu müssen, da in ihren äufseren Verhältnissen kein Grund für die rhachitische Erkrankung zu finden war. (Da Kinder auch in guten hygienischen Verhältnissen und ohne syphilitische Belastung rhachitisch werden können, scheint der Schlufs des Verfassers bei der kleinen Zahl nicht berechtigt. Der Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

2 Fälle von Phlebitis syphilitica, von CHARVOT. (*Revue de chir.* 1891. No. 7.) Es werden 2 Fälle von Phlebitis der Vena saphena mitgeteilt bei einem Syphilitischen und einem der Syphilis verdächtigen, die nach antiluetischer Kur heilten; beweisend sind sie nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zum Studium der syphilitischen Paraplegien, von P. BOULTOUCHE. *Annal. de Derm. et Syph.* 1891. No. 1.) Die spezifische Myelitis (Tabes anterior MAURIAC), sich äufsernd als Paraplegia syphilitica, ist selten (unter 1085 Fällen 77). In 62% tritt sie bereits in den ersten 4 Jahren nach der Infektion ein, sehr selten ist eine tardive Entwickelung. Von der Schwere der Syphilis ist sie in keiner Weise abhängig; der Einflufs einer antiluetischen Therapie fraglich. Dagegen hat eine frühzeitige, systematische Behandlung einen prophylaktischen Wert. Die Symptomatologie zeigt keine ätiologisch-diagnostische Momente, wenn man von der Anamnese absieht. Der Verlauf meist chronisch; akute Fälle treten meist früh auf und geben eine sehr ungünstige Prognose. Die chronischen Formen ergreifen mit Vorliebe das Lumbodorsalmark; eine komplete Heilung tritt selten ein; eine bestimmte Prognose ist nicht zu stellen.

Anatomisch sind folgende Veränderungen als Grundlage des Krankheitsprozesses nachweisbar: Sklerose, Erweichung, Meningitis spinalis, Gefäfserkrankungen und gummöse Neubildungen. — Diese Mitteilungen beanspruchen um so gröfseres Interesse, als sie dem FOURNIERschen Krankenmaterial entnommen sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilis der Zungentonsille, von J. E. NEWCOMB. (*Med. News.* 2. Juli. 1892.) Die sogenannte vierte Tonsille an der Basis der Zunge ist infolge ihrer geschützten Lage wohl nie Sitz eines Primärsyphilids, und auch sekundäre Erscheinungen sind hier selten, wenn auch etwas häufiger als gummöse Gebilde. Verfasser hat bei einem 31jährigen Neger neben zahlreichen Plaques auf der Wangenschleimhaut auch die von MOURE und RAULIN als Form I beschriebenen Syphilide der Zungentonsille beobachtet, nämlich graulich-rote, mamillenförmige, durch Furchen voneinander getrennte Erhebungen, deren Spitzen ulzeriert und mit typischen Plaques besetzt sind. Diese Protuberanzen entsprechen je einer Gruppe von geschlossenen, entzündeten Follikeln. Heilung erfolgte unter Anwendung von Quecksilbernitrat und gemischter Behandlung in etwa 5 Wochen. *Philippi-Nicheim.*

Syphilis und Ehe. Darf ein syphilitisch erkrankt gewesenes Individuum heiraten und unter welchen Verhältnissen darf ihm die Ehe gestattet werden? von Prof. J. Neumann. (*Wien. med. Woch.* 1892. No. 23—26.) Aus seiner reichen Erfahrung zieht Verfasser nach Erörterung der in letzter Zeit im Anschlufs an die Arbeiten von Fournier wiederholt besprochenen Heredität der Syphilis folgende Schlüsse:

1. Eine feste, für alle Fälle zutreffende Direktive giebt es nicht. Das Urteil erfolgt von Fall zu Fall auf Grund der bei ähnlichen Fällen gemachten Erfahrungen.

2. Wird als unerläfsliches Kriterium das Alter der Erkrankung und die Dauer des vorhandenen rezidivfreien Stadiums in Betracht kommen. Je länger beide, um so günstiger die Aussichten für die eventuelle Ehe, um so eher dürfen wir diese gestatten. Einen feststehenden Termin giebt es hierfür nicht. Die von Fournier geforderten 3 Jahre seit der Infektion mögen immerhin in vielen Fällen als Basis unseres Kalkuls acceptiert werden, doch sind aufserdem noch mannigfache individuelle Verhältnisse mafsgebend.

3. In keinem Falle darf die gründlichste Untersuchung des betreffenden Ehestandskandidaten verabsäumt werden. Finden wir das Individuum gänzlich frei von Zeichen der Syphilis, so werden wir mitunter selbst schon in verhältnismäfsig kürzerer Zeit nach stattgefundener Infektion die Ehe nicht verbieten können. Jedoch werden wir alsdann immer die betreffende Person (meistens wird es ja ein Mann sein) auffordern, den anderen Teil an ein vernünftiges geschlechtliches Regime zu gewöhnen, insbesondere das häufige Küssen auf den Mund zu vermeiden, da dieses selbst bei sonst unbedenklichen Fällen Gelegenheit zur Infektion geben kann.

4. Wird das Geschlecht des Ehestandskandidaten zu berücksichtigen sein, insofern als bei Weibern die Bewilligung der Ehe eine viel längere Zeit zur Voraussetzung haben wird als bei Männern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Spätsyphilis, von P. S. Conner. (*Med. News.* 23. Januar 1892.) Mit breiten Zügen giebt Verfasser in diesem anregenden Vortrag eine Zusammenstellung unserer Kenntnisse der späten Manifestationen der Syphilis und berührt viele Fragen, welche der Entscheidung noch harren; für eine Wiedergabe im Rahmen eines Referates ist der Aufsatz zu umfangreich und zu allgemein gehalten. *Philippi-Nieheim.*

Zur Anamnese der Spätsyphilide, von Dr. O. Lassar. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 29.) Unter 200 Fällen von Spätsyphiliden der Haut fehlte bei mehr als 60 die vermittelnde Anamnese, während der beweisende Erfolg der spezifischen Behandlung niemals ausblieb. Deshalb rät L., nicht zu viel auf die Anamnese zu geben, sondern stets den Fall selbst zu beachten; denn viele Patienten wissen von ihrer Infektion nichts mehr, trotzdem sie sich jahrelang mit Hautaffektionen herumtragen. Erwähnt sei noch, dafs die Wirkung einer mit Merkur kombinierten Jodkur ungleich gröfser ist, als wenn Jod allein angewendet wird. *L. Hoffmann-Berlin.*

Einflufs der Behandlung syphilitischer Mütter auf die Gesundheit der Neugeborenen, von Georges Etienne. (*Annales de Gynécol. — Wien. med. Presse.* 1892. No. 24.) Die Behandlung syphilitischer Mütter hat einen sehr günstigen Einflufs auf die Gesundheit der Neugeborenen. Während bei unbehandelten Frauen die Sterblichkeit der Kinder bei der Geburt 76,5% und, wenn man bis zum Momente rechnet, wo die Kinder aus der Beobachtung kommen, 95,5% beträgt, sinkt dieselbe, wenn die Syphilis der Mutter behandelt ist, bis auf 11%; Behandlung während der Gravidität drückt dieselbe bis auf 0%. Die Syphilis affiziert die Kinder am meisten im 5.—7. Monat des intrauterinen Lebens. Der Einflufs der väterlichen Syphilis ist geringer.

Findet die Infektion der Mutter in den ersten drei Monaten der Gravidität statt, dann erreicht die Sterblichkeit der Kinder ihr Maximum; die Infektion im 4. und 5. Monat liefert schon günstigere Ergebnisse. In einem Falle von Ansteckung im 8. Monate schien das Kind gesund zu sein; in einem zweiten ähnlichen Falle bekam das Kind später syphilitische Erscheinungen.

Die Statistik stammt aus der Gebärklinik des Prof. HERRGOTT.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Syphilis des Rückenmarkes, von ZENNER. (*Cincinnati Lancet.* 23. Mai 1891.) Beschreibung zweier einschlägiger Fälle, von denen der erste einen 45 Jahre alten Herrn betraf, der vor 2 Jahren sich infiziert, die üblichen Sekundärerscheinungen durchgemacht hatte und zur Zeit der Untersuchung aufser an Ozaena specifica noch an Schwindel und erschwertem, schwankendem Gehen litt (dem sich Steifigkeit der rechten Hüfte hinzugesellte), Parese der Muskeln der Unterextremitäten, sowie des Rumpfes, stark ausgeprägte Kniephänomene, Schwäche im Schultergelenk, Lähmung einiger, zum Gebiete des N. oculomotorius gehörender Muskeln, geringe Störung der Sensibilität der Unterextremitäten. Jodkalium und Schmierkur besserten den Symptomenkomplex bedeutend.

Beim zweiten Falle (40jähriger Mann) begann die Nervenstörung 2 Jahre nach der Infektion mit Parese der Blasenmuskeln und des Anus; erst später stellte sich der erschwerte schwankende Gang ein. Im übrigen stimmten die Symptome dieses Falles mit denen des ersten Kranken überein, nur ist hier noch zu bemerken, dafs die spezifische Therapie gänzlich erfolglos war.

Im ersten Falle war die Affektion eine cerebrospinale, im zweiten war der Sitz die Cauda equina. Beiden Fällen war gemeinsam der frühzeitige Ausbruch (2 Jahre nach der Infektion) der Rückenmarkserscheinungen. *P. Taenzer-Bremen.*

Über Hydrargyrum tannicum, von S. LUSTGARTEN. (*New York med. Journ.* 12. März 1892.) Im Anschlufs an einen Vortrag von C. W. ALLEN in der New York Academy of Medicine teilt Verfasser mit, dafs er dieses von ihm im Jahre 1884 empfohlene Mittel viel gebraucht habe (bei etwa 300 Patienten) und sehr damit zufrieden sei. Er giebt es in Gelatinekapseln oder als Pulver ein- bis dreimal täglich nach der Formel:

℞ *Hydrarg. tann. oxydulat.* 0,1
Acid. tannic.
Sacch. lact. aa 0,04.

Das Mittel kann auch neben Jodkalium gegeben werden, wenn man nur einen genügenden Zeitraum zwischen dem Einnehmen der beiden Mittel verstreichen läfst.

Philippi-Nieheim.

Ein Fall von chronischem Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis, von Dr. JULIUS HELLER. (*Deutsch. med. Wochenschr.* No. 26.) Nach Zusammenstellung der bis dahin veröffentlichen Fälle beschreibt H. eine ausführliche Krankengeschichte von Hydrocephalus syphiliticus und bemerkt dazu, dafs bei jedem Fall hereditärer Lues an die Möglichkeit der Ausbildung des Hydrocephalus zu denken ist. Bei jedem Fall von Hydrocephalus ist genau anamnestisch und klinisch nach dem eventuellen Vorhandensein von Lues hereditaria zu forschen. Ist die Diagnose auf hereditäre Syphilis auch nur mit einiger Sicherheit gestellt, so ist möglichst früh und energisch eine antisyphilitische Therapie einzuleiten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. №. 9. 1. November 1892.

Aus der Abteilung III — Oberarzt Dr. ENGEL-REIMERS — des alten allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg.

Beitrag zur Kenntnis der Gewichtsverhältnisse bei Syphilis der Frauen und Kinder.

Von

Dr. med. MORITZ FÜRST.

Herr Dr. ENGEL-REIMERS hat mich gebeten, statistische Untersuchungen über die Gewichtsverhältnisse syphilitischer Frauen und Kinder anzustellen.

Die mir zugängliche Litteratur wies Beobachtungen, die sich vielleicht für diese Arbeit verwerten liefsen, nicht auf.

Der Zweck der angestellten Untersuchungen ist der folgende: Es soll an einem bedeutenden Material syphilitischer Patienten festgestellt werden, ob nach dem Ausbruch der Krankheit das Körpergewicht in positivem oder negativem Sinne sich verändert.

Sowohl in Laienkreisen als auch bei Ärzten gilt die Syphilis als ein Krankheitszustand, welcher den Körper in hohem Grade angreift. Die bei Syphilitischen gangbare Quecksilberkur steht nun erst ganz besonders gerade in dieser Beziehung in sehr schlechtem Rufe. Man hört und liest viel über die Kachexie, Chloranämie etc. der Syphilitischen. Dergleichen Zustände sind aber doch meistens mit bedeutender Abnahme des Körpergewichts vergesellschaftet. Trotzdem liegen genaue und exakte Zahlenbestimmungen auf diesem Gebiete nicht vor.

Bei jeder anderen Krankheit und speziell bei jeder Therapie anderer krankhafter Prozesse ist den Gewichtsverhältnissen der betreffenden Patienten seitens der Autoren hinreichend litterarisch Rechnung getragen; und gewifs mit vollem Recht. Ist doch das Körpergewicht in den meisten Fällen kein schlechtes Kennzeichen für den Grad und Charakter eines Krankheitsvorgangs im Organismus. So schenkt man doch bei der

Tuberkulose und deren Behandlungsmethoden der Zu- resp. Abnahme des Körpergewichts sehr grofse Aufmerksamkeit.

Die Syphilis ist nun gerade deswegen, weil ihr Krankheitserreger noch nicht bekannt ist, eine Krankheit, welche der genauesten Beobachtung nach jeder Richtung hin wert erscheint.

So schien es denn um so lohnender, die Journale der Abteilung für syphilitische Frauen und Kinder in Beziehung auf die Gewichtsverhältnisse durchzuarbeiten.

Für die folgenden Beobachtungen sind die Krankengeschichten aus den Jahren 1885—91 benutzt. Die Gewichtsangaben sind aus den genau und übersichtlich geführten Journalen leicht zu entnehmen. Bei der Aufnahme und bei der Entlassung wird jede Patientin gewogen und das Gewicht eingetragen. In Fällen, wo interkurrente Krankheiten auftreten, oder in solchen, die einen besonders langen Aufenthalt auf der Abteilung erfordern, wird das Gewicht natürlich auch in der Zwischenzeit festgestellt.

Das Material selbst, welches der Abteilung zufliefst, ist das gewöhnliche: Puellae publicae, die gerade für den vorliegenden Zweck insofern sehr brauchbar sind, als sie in regelmäfsigen Zwischenräumen der Abteilung immer wieder zugeführt werden und längere Jahre hindurch ein gutes Beobachtungsmaterial abgeben. Ferner befinden sich auf der Abteilung unkontrollierte, der Prostitution verfallene Frauenzimmer, Dienstmädchen, Kellnerinnen, Blumenmädchen etc. Auch Frauen aus den wenig bemittelten Ständen, besonders viele aus der Kassenpraxis, suchen hier von der Syphilis befreit zu werden.

Das in Betracht kommende Kindermaterial stammt meistens von den eben genannten Kategorien ab.

Natürlich mufs auch anderen Momenten als der Syphilis bei der Beobachtung eines so heterogenen Materials Rechnung getragen werden. Die sozialen Verhältnisse, unter welchen die Patienten in ihrer Häuslichkeit, so weit von einer solchen bei ihnen die Rede sein kann, leben, spielen natürlich auch hier eine grofse Rolle für den Bestand des Körpergewichts. Armut, Not, andere Krankheiten auf der einen, Wohlleben und Schlemmerei wie der Alkoholismus etc. auf der anderen Seite sind natürlich für die Gewichtsverhältnisse der Syphiliticae nicht ohne Bedeutung. Aber die Gröfse des herangezogenen Materials — 1800 Fälle — scheint doch wohl im stande zu sein, diese bedeutungsvollen Gegensätze auszugleichen.

Es sind nun an der Hand der Journale Zählkarten angefertigt worden. Für diese wurden natürlich nur geeignete Fälle verwendet; d. h. es wurden solche Fälle, bei denen die Gewichtsangaben ungenaue waren, nicht berücksichtigt. Auf diesen Zählkarten ist vermerkt:

1. Jahreszahl,
2. Name,
3. Stand,
4. Alter,
5. Aufnahmetag mit Gewichtsangabe,
6. Diagnose mit Therapie,
7. Entlassungstag mit Gewichtsangabe.

5., 6. und 7., sind natürlich je nach der Zahl der Recidive resp. Aufnahmen wegen anderer Krankheiten wiederholt. Diese letzteren werden aber für die Feststellung der Zu- resp. Abnahme des Gewichts nicht berücksichtigt.

Es sind meist Fälle frischer Syphilis resp. solche mit sekundären Erscheinungen. Die mehrere Jahre hindurch beobachteten Fälle weisen natürlich auch tertiären Charakter auf. Die spezifische Behandlung besteht auf der Abteilung im wesentlichen in der Quecksilber-Schmierkur und event. Darreichung von Jodkalium. Die Quecksilber-Injektionskur kommt nur in kleinerem Umfange zur Anwendung.

Die aus den Zählkarten sich ergebenden Resultate sollen in einigen Tabellen dargestellt werden.

Wir beginnen damit, diejenigen Fälle heranzuziehen, welche nur 1 Jahr beobachtet sind.

	Tabelle I (Jahrg. 1887)		Tabelle II (Jahrg. 1888)		Tabelle III (Jahrg. 1889)		Tabelle IV (Jahrg. 1890)		Tabelle V (Jahrg. 1891)	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
1. Frauen	**177**		**139**		**179**		**274**		**459**	
Gewichtszunahme	88	49,7	62	44,6	86	48,0	112	40,9	235	51,2
„ abnahme	74	41,8	67	48,2	72	40,2	129	47,1	173	37,7
Gleiches Gewicht	15	8,1	10	7,2	21	11,8	33	12,0	51	11,1
2. Kinder	**9**		**5**		**5**		**11**		**11**	
Gewichtszunahme	6	66,6	3	60,0	3	60,0	8	73,0	8	72,7
„ abnahme	—	—	1	20,0	1	20,0	2	18,0	1	9,0
Gleiches Gewicht	3	33,3	1	20,0	1	20,0	1	9,0	2	18,1
Zusammen	**186**		**144**		**184**		**285**		**470**	
1. Frauen.										
Zunahme um 1 Pfd.	19		16		21		30		51	
„ „ 2 „	15		10		19		22		52	
„ „ 3 „	10		12		9		12		31	
„ „ 4 „	8		13		12		15		25	
„ „ 5 „	8		4		9		8		21	
„ „ 6 „	6		1		5		8		12	
„ „ 7 „	6		3		4		4		16	
„ „ 8 „	4		—		1		3		4	
„ „ 9 „	1		1		2		2		8	
„ „ 10 „	1		—		2		3		6	
„ „ 10—15 Pfd.	7		1		2		4		9	
„ „ 15—20 „	3		—		—		—		1	
„ „ 20—30 „	—		—		—		1		—	
„ „ 30 Pfd.	—		1		—		—		—	

	Tabelle I (Jahrg. 1887)		Tabelle II (Jahrg. 1888)		Tabelle III (Jahrg 1889)		Tabelle IV (Jahrg. 1890)		Tabelle V (Jahrg. 1891)	
1. Frauen.	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
Abnahme um 1 Pfd.	15		21		16		35		42	
„ „ 2 „	15		14		14		26		34	
„ „ 3 „	12		10		14		28		27	
„ „ 4 „	9		5		9		10		23	
„ „ 5 „	6		5		6		9		11	
„ „ 6 „	8		3		6		10		10	
„ „ 7 „	2		4		1		5		7	
„ „ 8 „	—		2		3		3		6	
„ „ 9 „	1		—		—		—		1	
„ „ 10 „	2		1		—		—		4	
„ „ 10—15 Pfd. ...	3		1		3		1		3	
„ „ 15—20 „ ...	1		1		—		—		3	
„ „ 20—30 „ ...	—		—		—		1		2	
„ „ 30—40 „ ...	—		—		—		1		--	
2. Kinder.										
Zunahme um 200 gr	—		—		—		—		1	
„ „ 300 „	1		—		—		1		—	
„ „ 1 Pfd.	1		—		1		2		—	
„ „ 1 „ 100 gr.	1		—		—		—		—	
„ „ 1 „ 200 „	—		—		—		—		1	
„ „ 1 „ 400 „	—		—		—		—		1	
„ „ 2 „	—		1		—		1		2	
„ „ 2 „ 300 gr.	—		—		—		1		--	
„ „ 3 „	3		1		1		2		1	
„ „ 3 „ 200 gr.	—		—		—		1		—	
„ „ 4 „	—		—		—		—		—	
„ „ 5 „	—		1		—		—		—	
„ „ 11 „	—		—		1		—		—	
Abnahme um 200 gr	—		—		—		1		—	
„ „ 300 „	—		—		—		1		—	
„ „ 1 Pfd.	—		1		1		—		1	
„ „ 1 „ 400 gr.	—		—		—		1		—	

Tabelle VI.

(Zusammenfassung der Tabellen I—V.)

Nur 1 Jahr sind beobachtet:

Frauen	**1228**	Fälle
Kinder	**41**	„
Zusammen	**1269**	„

1. Frauen:

	Zunahme	Abnahme	Gleiches Gewicht
1887	88	74	15
1888	62	67	10
1889	86	72	21
1890	112	129	33
1891	235	173	51
	583	515	130
	47,5 %	41,9 %	10,6 %

2. Kinder:

	Zunahme	Abnahme	Gleiches Gewicht
1887	6	—	3
1888	3	1	1
1889	3	1	1
1890	8	2	1
1891	8	1	2
	28	5	8
	68,3 %	12,2 %	19,8 %

Die Tabellen I—VI beweisen, daſs bei denjenigen Fällen, welche nur 1 Jahr hindurch beobachtet sind, nach dem Ausbruch der syphilitischen Erscheinungen und nach Anwendung der Quecksilberkur die Gewichtszunahmen die Abnahmen um ein Beträchtliches übersteigen.

Das Verhältnis ist, wenn die Tabellen der einzelnen Jahrgänge allein betrachtet werden, kein konstantes. Zweimal sehen wir bei den syphilitischen Frauen die Gewichtsabnahmen gröſsere Zahlen aufweisen als die Zunahmen. In beiden Fällen aber sind die Zahlen derjenigen Fälle, welche bei gleichem Gewicht geblieben sind, denjenigen der Gewichtszunahmen zuaddiert den Zahlen der Gewichtsabnahmen überlegen und im stande, auch hier zu zeigen, daſs der Einfluſs der Lues bezw. des Quecksilbers auf das Körpergewicht doch nicht ein so verderblicher ist.

Die Gewichtszahlen der syphilitischen Kinder weisen das Plus in allen Jahren bei den Gewichtszunahmen auf.

Die nachfolgenden Tabellen sind aus den Gewichtszahlen derjenigen Fälle gewonnen, welche mehrere Jahre hindurch auf der Abteilung beobachtet sind.

Es ist nun bei der Zusammenstellung dieser Fälle so vorgegangen, daſs wir nicht nur diejenigen Fälle genommen haben, welche z. B. bei einer 5jährigen Beobachtungsdauer wirklich in jedem dieser 5 Jahre thatsächlich auf der Abteilung aufgenommen waren. Es kam nur darauf an, Fälle zusammen zu stellen, welche nach der ersten Aufnahme wenigstens einmal wieder z. B. nach 5 Jahren, beobachtet werden konnten. Diese Fälle werden auch benutzt, wenn sie das oder die letzten Jahre gar nicht wegen syphilitischer Erscheinungen aufgenommen waren. Es kommt ja für unseren Zweck darauf an, den Organismus in Bezug auf seine Gewichtsverhältnisse zu beobachten, nachdem einmal das syphilitische Gift bei ihm eingedrungen ist.

	Tabelle VII. (Fälle von 2jähriger Beobachtungsdauer)		Tabelle VIII. (Fälle von 3jähriger Beobachtungsdauer)		Tabelle IX. (Fälle von 4jähriger Beobachtungsdauer)		Tabelle X. (Fälle von 5jähriger Beobachtungsdauer)	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
1. Frauen	**280**		**131**		**66**		**51**	
Gewichtszunahme	143	51,1	82	62,6	37	56,1	28	54,9
„ abnahme	121	43,2	43	32,8	24	36,4	22	43,1
Gleiches Gewicht	16	5,7	6	4,6	5	7,6	1	1,9
2. Kinder	**3**							
Gewichtszunahme	2	66,6	—	—	—	—	—	—
„ abnahme	1	33,3	—	—	—	—	—	—
Zusammen	**283**							
1. Frauen.								
Zunahme um 1 Pfd.	15		6		3		2	
„ „ 2 „	21		7		1		3	
„ „ 3 „	14		5		4		2	
„ „ 4 „	12		6		2		2	
„ „ 5 „	10		3		2		3	
„ „ 6 „	14		5		2		4	
„ „ 7 „	6		8		2		1	
„ „ 8 „	10		3		2		1	
„ „ 9 „	6		3		—		1	
„ „ 10 „	9		3		—		—	
„ „ 10—15 Pfd.	5		15		7		2	
„ „ 15—20 „	—		9		8		2	
„ „ 20—30 „	3		6		2		2	
„ „ 30—40 „	1		1		2		3	
„ „ 40 Pfd.	—		1		—		—	
„ „ 70—80 Pfd.	—		1		—		—	
Abnahme um 1 Pfd.	20		6		3		3	
„ „ 2 „	17		3		1		2	
„ „ 3 „	11		3		5		2	
„ „ 4 „	16		5		2		3	
„ „ 5 „	7		5		1		1	
„ „ 6 „	13		5		1		1	
„ „ 7 „	12		5		3		2	
„ „ 8 „	3		2		1		1	
„ „ 9 „	5		1		3		1	
„ „ 10 „	5		3		—		3	
„ „ 10—15 Pfd.	2		3		1		1	
„ „ 15—20	—		1		3		1	
„ „ 20—30	—		1		1		1	
2. Kinder.								
Zunahme um 6 Pfd. 200 gr.	1		—		—		—	
„ „ 25 „	1		—		—		—	
Abnahme 2 Pfd. 200 gr.	1		—		—		—	

Tabelle XI.

Zusammenfassung der Tabellen VII—X.

(Fälle von 2—5jähriger Beobachtungsdauer.)

Frauen	**528**	Fälle
Kinder	**3**	„
Zusammen	**531**	„

1. Frauen:

	Zunahme	Abnahme	Gleiches Gewicht
2 Jahre........	143	121	16
3 „	82	43	6
4 „	37	24	5
5 „	28	22	1
	290	210	28
	54,9 %	39,7 %	5,3 %

2. Kinder:

	Zunahme	Abnahme
2 Jahre........	2	1
	66,6 %	33,3 %

Tabelle XII.

(Zusammenfassung der Tabellen VI und X.)

Frauen .... **1756** Fälle

	Zunahme	Abnahme	Gleiches Gewicht
Tabelle VI.....	583	515	130
„ X......	290	210	28
	873	725	158
	49,7 %	41,3 %	9,0 %

Kinder............. **44** Fälle

	Zunahme	Abnahme	Gleiches Gewicht
Tabelle VI.....	28	5	8
„ X......	2	1	—
	30	6	8
	68,9 %	13,6 %	18,2 %

Zusammen .... **1800** Fälle

Die aus den vorstehenden Zahlen sich ergebenden Schlüsse sind folgende:

1. Der Ausbruch der Syphilis bei Frauen und Kindern ist nicht geeignet, Verminderung des Körpergewichts herbeizuführen.

2. Von 1800 syphilitischen Frauen und Kindern, welche auf der Abteilung beobachtet sind, weisen erheblich mehr Gewichtszunahmen als -Abnahmen auf.

3. Auch die Zahl derjenigen Fälle, welche bei ausgebrochener Lues und angewendeter Quecksilberkur bei gleichem Gewicht geblieben sind, ist verhältnismäfsig nicht unbedeutend.

4. Die Gewichtsdifferenzen sind bei den Gewichtszunahmen entschieden gröfser als bei den Abnahmen.

Herrn Oberarzt Dr. Engel-Reimers möchte ich auch an dieser Stelle meinen Dank ausdrücken für seine freundliche Anregung und Unterstützung bei der vorliegenden Arbeit.

Hamburg, Oktober 1892.

Zur Technik der subkutanen Einspritzungen.

Von

Dr. Barthélemy,
Paris.

Die Einspritzungen unter die Haut werden bekanntlich mit Spritzen vorgenommen, die mit Hohlnadeln bewaffnet sind und mit Hülfe deren man die Injektionsflüssigkeit aus dem Arzneifläschchen aufsaugt. Nun ist es wohl schon jedem begegnet, daſs er schnell eine Einspritzung machen wollte und daſs die Spritze ihn im Stiche lieſs. Bald ist der Kolben eingetrocknet, so daſs die Flüssigkeit zwischen ihm und der Wand des Glascylinders vorbeigelangt; bald ist das Instrument schlecht gereinigt, schmutzig, keineswegs aseptisch, so daſs man befürchten muſs, mit der notwendigen Morphium-, Ergotin-, Koffein-, Äther-Einspritzung u. s. w. gleichzeitig einen Absceſs zu erzeugen; bald endlich stehen einem nur ältere Lösungen zu Gebote, in die man die Spritze schon früher öfter eingetaucht hatte, die demnach voller Keime sind und deren Zusammensetzung, deren Stärke man wohl auch nicht immer mehr genau im Kopfe hat.

Um nun die Technik der so segensreichen und zuweilen garadezu unentbehrlichen subkutanen Einspritzungen ungefährlicher, einfacher und zuverlässiger zu gestalten, habe ich mir ein kleines Instrument ersonnen, das keinen Kolben besitzt, das vollständig sterilisiert werden kann, das nie und unter keinen Umständen versagt und dessen Inhalt vollkommen rein und genau dosiert ist. Mit diesem kleinen Apparat habe ich nun bereits über 200 Einspritzungen mit verschiedenen Lösungen gemacht.

Der Apparat besteht aus einem Glasbehälter, der soviel Flüssigkeit aufnehmen kann, wie man im Mittel einem Erwachsenen an einem Tage unter die Haut zu spritzen pflegt; an seinem vordern Ende befindet sich eine Nadel aus gehärtetem Stahl, die mittelst Email befestigt ist. Im Lumen der Hohlnadel liegt ein kleiner widerstandsfähiger Metallfaden, der im Verein mit der Kapillarität den Abschluſs besorgt; letztere allein würde übrigens schon genügen, denn man kann den Faden entfernen, ohne daſs ein Tropfen Flüssigkeit herauskommt. Die Nadel ruht in einer sterilisierbaren Glashülse, die gewissermaſsen als Stöpsel dient und sich mittelst eines aseptischen Korkrings oder eines Guttaperchastreifens dem Hals des Glases vollkommen luftdicht anschlieſst. Nach der Sterilisation läſst sich der Glasbehälter sehr leicht durch Aspiration, sei es mittelst des Mundes, sei es mittelst eines Gummirohrs,

oder auf irgend eine andere Weise füllen. Der mit der völlig aseptischen Lösung gefüllte Glasbehälter wird alsdann an seinem andern, kugelförmig aufgeblasenen Ende über einer Lampe zugeschmolzen. Zum Gebrauch wird die Kugel zerdrückt, was jederzeit leicht zu bewerkstelligen ist, und ein kleines Kautschukrohr mit einem birnförmigen Ende aufgesetzt, das, wie beim RICHARDSONschen Zerstäuber, als Gebläse dient. Alsdann werden Stöpsel und Metallfaden entfernt, die Nadel durch eine Flamme gezogen und in die vorher sorgfältig mit Seife und Sublimat gereinigte Haut eingestochen. Ein mehrmaliges Zusammendrücken der Kautschukbirne genügt, um die Lösung bald tropfenweise (eine ölige Suspension in $3^1/_2$ Minuten), bald schneller (eine ölige Lösung von Guajakol, Kreosot, Quecksilber u. s. w. in 30 Sekunden, eine wässerige Lösung in höchstens 15 Sekunden) in die Gewebe zu treiben. Aber gerade ein verhältnismäßig langsames Einspritzen befähigt ja oft erst die Gewebe, die betreffenden Flüssigkeiten reizlos zu ertragen; hier nun hat man das Tempo vollkommen in seiner Gewalt. Auch kann man den Inhalt ganz oder teilweise einspritzen, je nachdem man den Gummiballon fortwährend zusammengedrückt hält oder zwischendurch losläßt.

Der Apparat ist so eingerichtet, daß man alle Abschnitte der Injektion verfolgen kann und jederzeit im stande ist, die Nadel zurückzuziehen, sowie die geringste Luftblase sich zeigt. Sind nur Glasbehälter und Lösung gut sterilisiert, so ist, wie man sieht, eine Verunreinigung nicht mehr zu befürchten. Ist die Einspritzung beendet, so wird die Nadel rasch zurückgezogen und die kleine Einstichöffnung mit einem Stückchen aseptischen Pflasters verklebt. Die Patienten kann man dann sich selbst überlassen. Sie sind, z. B. nach einer derartigen Einspritzung in die Glutäal-Gegend, vollkommen im stande, sich zu bewegen, ihren Geschäften nachzugehen, zu marschieren, zu reisen u. s. w.

Die Handhabung dieser Spritze ist, wie man sieht, eine sehr einfache sie bietet dem Arzt den Vorteil völliger Asepsis und den Kranken die Sicherheit, daß sie niemals zuviel eingespritzt bekommen. Wie sehr verschieden ist dieses Verfahren doch von dem bis jetzt gebräuchlichen, wobei man mit einer, in Bezug auf Asepsis zweifelhaften Spritze, die bald mehr, bald weniger Flüssigkeit faßt, die zu benutzende Lösung aspiriert, eine Lösung, die meistens schon längere Zeit gestanden hat und jedesmal, wenn sie benutzt wurde, mit der Luft in Berührung kam. Bei meinem Instrument bleibt die Nadel bis zu dem Augenblick, wo man sie gebrauchen will, aseptisch. Auch kann man meine Spritze, wenn man beim selben Kranken die nämliche Einspritzung wiederholen will, wiederum verwenden, indem man sie einfach, wie eine Pipette, durch Aspiration von neuen füllt. Da die Kosten aber sehr geringe sind, so thut man wohl besser, jedesmal ein neues Gläschen zu nehmen,

wenigstens halte ich es so bei meinen Patienten, denen ich, z. B. im sekundären Stadium der Syphilis, systematisch Einspritzungen mache.

Schliefslich möchte ich noch darauf hinweisen, dafs dieses Instrument welches gleichzeitig Flasche und Spritze ist, in gefülltem Zustand auch sehr gut verschickt werden kann, wobei der Empfänger nicht nur eine aseptische und jederzeit gebrauchsfähige Spritze, sondern auch die dazu nötige Lösung erhält. (Schiffe; Reisekoffer; praktische Ärzte u. s. w.)

Der Glasbehälter enthält für gewöhnlich 1 ccm, man kann ihn aber auch nur halb, oder auch doppelt so grofs und selbstverständlich noch viel gröfser herstellen; letzteres scheint namentlich für Laboratoriumszwecke sehr praktisch.

Das ist das Modell für die gewöhnliche Praxis. Auf den Rat von Prof. BOUCHARD, dem ich hier noch meinen besonderen Dank ausspreche, habe ich aber nach dem oben auseinandergesetzten Prinzip auch noch andere Glasröhrchen anfertigen lassen, die an beiden Enden zugeschmolzen werden können, so dafs die darin enthaltene Lösung beliebig lange aseptisch bleibt. Will man ein solches Röhrchen benutzen, so zerbricht man beide Kugeln, setzt auf das hintere Ende die Gummibirne und versieht das vordere, das hierfür besonders eingerichtet ist, mit einer Platin-Iridium-Hohlnadel nach Prof. DEBOVE, die man beliebig lange im Gebrauch haben kann, da man sie, so oft man will, bis zur Rotglut erhitzen darf, ohne dafs sie davon angegriffen würde. Wenn der Arzt seine Gummibirne und seine Hohlnadel immer bei sich trägt, so braucht er sich nur das die gewünschte Einspritzung enthaltende Röhrchen auszusuchen und läuft keine Gefahr, dafs die Lösung sich unterdessen zersetzt oder sonstwie verändert habe.

Aufserdem habe ich für sehr empfindliche Lösungen und für solche Arzneimittel, die während einer weiten Reise vor jeder Verunreinigung bewahrt bleiben sollen, ein drittes Modell anfertigen lassen, bei dem die Nadelhülse mit dem Glasbehälter fest verbunden ist. Eine leichte Einschnürung bezeichnet die Stelle, an der man das Glas leicht durchbrechen kann, sowie man eine Einspritzung machen will. Bei diesem Modell ist die Asepsis eine ganz unbedingte, besonders, wenn man noch den mit der sterilisierten Flüssigkeit gefüllten Apparat einer Temperatur von 120° aussetzt, was man ungestraft thun kann. — Auch in anderer Weise läfst sich mein Instrument noch verwenden, wie ich gleich weiter ausführen werde.

Bis zum heutigen Tage habe ich nun mit diesem Apparat, den ich „Hypodermie aseptique“ nenne, mehr als 200 der verschiedensten Einspritzungen gemacht: Quecksilber-Präparate, namentlich die löslichen, wie das Hg-bijodatum und die Quecksilber-Peptonate; Kreosot- und

Guajakol-Öl; alkoholische Lösungen von Ergotin und Chinin; wässerige Lösungen von Morphium, Koffein, Karbolsäure, Kalium hypermanganicum; Lösungen organischer Extrakte, sogar Äther. Immer wurde das Fläschchen erst kurz vor dem Gebrauch gefüllt, und niemals ist mir dabei das Geringste begegnet; nur ein paarmal kam es zu Infiltration, woran aber nicht meine Spritze, sondern die eingespritzten Lösungen Schuld waren; zur Vereiterung kam es übrigens auch da nicht.

Ich halte mich daher nach meinen Erfahrungen für berechtigt, die Zuverlässigkeit und Unschädlichkeit meiner hypodermo-aseptischen Spritze zu verbürgen. Ihre Vorzüge gegenüber den bisher gebräuchlichen Pravaz-Spritzen lassen sich in folgende Worte zusammenfassen: Bequemlichkeit, Einfachheit, Reinlichkeit, Sicherheit, genaue, niemals toxische Dosierung. Vielleicht täusche ich mich nicht in der Annahme, daſs diese Spritze gleichzeitig für die Sicherheit der Patienten und die ärztliche Praxis einen Fortschritt bedeutet.

Zu den Eingriffen, für die die eben beschriebene aseptische Spritze oder „Hypodermie" verwendbar erscheint, gehören auch die elektrolytischen Operationen, wie es aus den Versuchen von ONELIN und BARTHÉLEMY hervorgeht. Denn dieselbe kann sehr leicht so hergerichtet werden, daſs der elektrische Strom nach Einspritzung der betreffenden Lösung in die Haut oder das erkrankte Gewebe hindurchgeleitet werden kann. Wie ich nämlich mehrfach hervorgehoben habe, enthält die Spritze eine ganz bestimmte Menge einer aseptischen Lösung, die sich ohne groſse Gefahr nach der Einspritzung zersetzen läſst. Reicht die Nadel nun weit in das Glasgefäſs hinein und ist dieses am stumpfen Ende der Nadel stark verdünnt, so läſst es sich an dieser Stelle nach vollendeter Einspritzung leicht abbrechen, und die Nadel wird mit dem zuführenden Draht einer elektrischen Batterie verbunden. Damit aber der Strom nur auf die eingespritzte Flüssigkeit einwirke und die Haut durch ihn nicht verbrannt werde, braucht man nur die Nadel mit Ausnahme ihrer in der Haut steckenden Spitze zu isolieren, d. h. mit Email oder irgend einem Firniſs zu überziehen.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Weitere Mitteilungen über die Wirkung und Anwendungsweise des Thiosinamins.

Von

Dr. H. von Hebra,
Dozent an der Universität und Abteilungsvorstand an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Zahlreiche mündliche und schriftliche Anfragen lassen mich erkennen, daſs meine erste Mitteilung über die Wirkung des Thiosinamins bei subkutaner Einverleibung jener erschöpfenden Klarheit entbehrt, die ich ihr zu geben beabsichtigt hatte. Um allen Zweifeln und Miſsdeutungen zu begegnen, beeile ich mich, die bisher mit Erfolg durchgeführte Behandlungsweise näher auseinander zu setzen.

Vor allem muſs ich den von verschiedenen Seiten geäuſserten Irrtum richtigstellen, als wäre das Thiosinamin zu lokalen Applikationen in Anwendung gezogen worden. Ich glaubte in meiner ersten Veröffentlichung gerade diesen Umstand betont zu haben, daſs das Thiosinamin, in alkoholischer Lösung subkutan injiziert, seine Wirkung äuſsere; es ist dies eine Fernwirkung, da an Stellen injiziert wurde, die von den kranken Partien entfernt lagen, während an diesen entweder gar keine oder vollkommen indifferente lokale Applikationen vorgenommen wurden.

Als Applikationsstellen wählte ich meist den Rücken zwischen und unterhalb der Schulterblätter. Die sehr feine Injektionsnadel wurde dabei bis in die Muskulatur vorgeschoben, und die Injektion besonders langsam ausgeführt. Es ist begreiflich daſs die Injektion einer alkoholischen Lösung etwas schmerzt; der Schmerz dauert aber nur sehr kurze Zeit, stets unter einer Minute, er kann noch abgekürzt und vermindert werden dadurch, daſs man die Stelle, an der man injiziert hat, mit dem Daumen fest drückt und so die eingespritzte Flüssigkeit in die Umgebung verteilt. Die Resorption erfolgt äuſserst rasch, da schon nach einigen Minuten die Patienten einen knoblauchartigen Geschmack im Munde spüren. Während der nächsten Stunden empfinden die Kranken keinerlei Veränderung, und erst später tritt die in meiner ersten Publikation bereits erwähnte Reaktion an den kranken Stellen ein.

Ich kann vorläufig mit Bestimmtheit nur von Lupus und Trachomfällen, von Caries und Nekrose von Knochen diesbezüglich berichten, glaube aber, meinen Beobachtungen zufolge annehmen zu dürfen, daſs auch manche andere entzündlichen Prozesse der lokalen Reaktion unterliegen werden.

Gerade auf diese eklektische Wirkung auf krankes Gewebe der subkutanen Thiosinamin-Injektionen mufs ich das gröfste Gewicht legen, da dieselbe grofse Ähnlichkeit mit der Wirkung des Tuberkulins aufweist, ohne aber sich auf tuberkulöses Gewebe zu beschränken.

Diese eklektische Wirkung auf entzündetes, krankes Gewebe, die Steigerung der Entzündung in demselben während der Reaktionsperiode, mufs uns entscheidend sein bei der Auswahl der Fälle, die wir in der besprochenen Weise behandeln wollen. Im allgemeinen hat die Regel zu gelten, nur abgelaufene Prozesse mit den Injektionen von Allylsulfocarbamid zu behandeln, sofern wir fürchten müfsten, dafs die Steigerung der Entzündung dem Patienten schädlich werden könnte, und nur dann auch bei floriden Prozessen zu injizieren, wenn wir eine Besserung der Verhältnisse von einer entzündlichen Reaktion erwarten dürfen, wie z. B. beim Lupus.

Von der Vorsicht, die man bei der Wahl von Augenkranken walten lassen mufs, habe ich schon neulich gesprochen. Ich will hier nur noch der Thatsache Erwähnung thun, dafs ich bei Lupösen auch alte Knochenaffektionen wieder aufleben sah, die schon abgelaufen schienen. Es bildete sich ein neuer Abscefs mit Durchbruch und Eiterung der Fistel. In diesen Fällen scheint mir die Einwirkung dennoch eher eine günstige genannt werden zu dürfen, da sich ein alter Sequester nun loslösen und eine dauernde Heilung rascher erzielt werden wird. Die angeführten Beispiele genügen wohl, um einen Fingerzeig betreffs der Wahl der geeigneten Fälle zu geben. Wie sich andere Dermatosen, wie z. B. Ekzem, Psoriasis, Lupus erythematodes, den in Rede stehenden Injektionen gegenüber verhalten, darüber fehlt mir noch die Erfahrung.

Die Reaktion, der lupöses Gewebe unterliegt, ist von mehrstündiger Dauer und nimmt nach ungefähr sechs Stunden stetig ab. Sobald aber eine gröfsere Reihe von Injektionen gemacht worden ist, tritt ein Zustand einer gewissen persistierenden Röte von minderer Intensität ein, die auch mehrere Tage nach Unterbrechung des Mittels anhält. Will man also den erzielten Heileffekt sehen, so ist es nötig, allenfalls zehn Tage zu warten, bis die irritierten Stellen wieder abgeblafst sind.

Von der eminentesten Wirkung ist unser Präparat auf das Narbengewebe, was ich bereits in meinem Vortrage hervorgehoben habe, und nirgends, so wie hier, äufsert sich die eklektische Wirkung in so zweifelloser Weise. Das im Blute kreisende Thiosinamin sucht sich sozusagen das Narbengewebe auf, und schon nach relativ sehr kurzer Zeit wird es weich und nachgiebig. Nicht nur Kontrakturen, die durch Hautnarben bedingt waren, liefsen sich dadurch beheben, sondern auch kontrahierte und kontrahierende Sehnen und Bänder wurden weich und die durch sie bedingten Verkrümmungen beseitigt. Es wird meine fernere Sorge sein, die

entsprechenden Fälle in möglichst großer Anzahl auszuwählen und über die gewonnenen Resultate auch fernerhin zu berichten.

Was nun die Mengen anlangt, die unseren Kranken bisher injiziert wurden, bin ich in der Lage folgendes mitzuteilen. Wir zogen in der Regel eine 15prozentige alkoholische Thiosinaminlösung in Gebrauch[1]. Nach Herstellung der Lösung wurde dieselbe filtriert, um sie von allen mechanischen Beimengungen zu befreien. Von dieser Lösung wurden anfangs 2 — 3 Teilstriche einer PRAVAZschen Spritze zweimal wöchentlich injiziert, so daſs die Patienten 0,030 — 0,045 gr Thiosinamin pro injectione erhielten. Wir sind bei diesen Dosen vielleicht mit allzu groſser Vorsicht vorgegangen, da sie so gut vertragen werden, als ob Aqu. dest. eingespritzt worden wäre, immerhin liefern auch diese schwachen Dosen bereits einen sichtlichen, bessernden Effekt auf die Krankheit; die Reaktion nach so geringen Mengen aber ist bei Lupus von nur halbwegs gröſserer Ausbreitung oft so gering, daſs sie kaum erkenntlich wird. Bei entzündlichen Augenaffektionen genügt sie aber, um eine beträchtliche Steigerung der Entzündung hervorzurufen. Die Intensität der Reaktion steht nämlich zur Extensität des Prozesses in umgekehrtem Verhältnisse. Je ausgedehnter die erkrankte Partie ist, desto geringer bei derselben Quantität des zugeführten Medikamentes die Reaktion; je kleiner die kranke Stelle, desto beträchtlicher die künstlich erzeugte Entzündung. Man wird also dementsprechend mit geringen Dosen beginnen und fortsetzen, wenn nur wenig Gewebe krankhaft ergriffen ist; im Gegensatze hierzu bald ansteigen, wenn die Krankheit eine weit verbreitete sein sollte.

Bei Lupösen stiegen wir also bereits in der 3. Woche auf eine halbe Spritze, in der 4. oder 5. Woche auf eine ganze Spritze voll der 15procentigen Lösung und setzten nun mit dieser Dosis so lange fort, als sich noch die typische Reaktion einstellte, was 2 — 3 Monate hindurch stattfand. Scheint der Patient gesättigt, so braucht man nur 2 — 3 Wochen lang auszusetzen, und er reagiert wieder wie früher. In einigen Fällen steigerten wir die Dosis noch auf 1½, ja auf 2 Spritzen pro injektione, ohne irgend welche üblen Zufälle zu beobachten. Darüber hinaus sind wir nicht gegangen, schon deshalb nicht, weil die Menge genügte, um Reaktion und Heilwirkung zu erzielen.

Wir bedienten uns zur Vornahme der Injektionen einer gewöhnlichen, gut gearbeiteten PRAVAZschen Spritze mit genau passendem, ledernem Stempel. Dieser letztere leidet durch die Injektionsflüssigkeit insofern, als er durch den Alkohol zum Schrumpfen gebracht wird, wenn die Spritze nicht nach jedesmaligem Gebrauch mit Wasser durchgespült

[1] Herr Apotheker Dr. ROSENBERG (Wien I., Fleischmarkt 1) hat uns unser Präparat geliefert, hält es in Vorrat und stellte uns die Lösungen her.

wird. Diesem Umstande, glaube ich, wird in Zukunft abgeholfen werden durch Benutzung einer in der Ausstellung des dermatologischen Kongresses demonstrierten, von der Firma GUDENDAG in Paris hergestellten Spritze, deren Stempel aus Kautschuk gefertigt ist und mittelst eines einfachen Schraubenmechanismus angezogen oder nachgelassen werden kann, so daſs er in der Glasröhre entweder schlottert oder ihren Wänden sich genau anpaſst.

Versammlungen.

II. Internationaler Dermatologischer Kongreſs in Wien vom 5. bis 10. September 1892.

Originalbericht

von

Dr. med. CARL BERLINER
in Aachen.

(Schluſs.)

5. Sitzung.

Vorsitzender: Herr NEISSER-Breslau.

Herr FEULARD-Paris: **Le favus et la pelade en France pendant la période 1887—1892.**

Man ist im Auslande leicht geneigt, Frankreich als das Land hinzustellen, in welchem der Favus häufig vorkommt; es ist wohl wahr, daſs die Krankheit noch im Beginn dieses Jahrhunderts in Frankreich ziemlich verbreitet war, aber dank den Fortschritten der Hygiene scheint sie mit jedem Tage mehr und mehr an Boden zu verlieren. — Schon im Jahre 1886 hat F. diese beginnende stetige Abnahme statistisch nachgewiesen und will in seinem heutigen Vortrage zeigen, daſs diese Abnahme noch bis in die neueste Zeit hinein andauert. Als Beweismaterial haben dem Vortragenden die jährlich vom Kriegsministerium veröffentlichten Statistiken gedient. Dieselben enthalten die Zahl derjenigen Ausgeschriebenen, welche in jedem Jahre von der Untersuchungskommission wegen der im Gesetze vorgesehenen körperlichen Gebrechen für dienstuntauglich erklärt worden sind. Der Favus zählt — leider mit Unrecht — zu diesen Fehlern. Es ist also die Zahl der 21jährigen jungen Leute, welche in jedem Jahre wegen Favus vom Militärdienste zurückgewiesen werden, genau bekannt. Die Daten, welche F. in seiner Statistik bringt, lassen die weibliche Bevölkerung und alle diejenigen Fälle von Favus bei jungen Leuten unberücksichtigt, welche vor Ablauf des 20. Lebensjahres geheilt worden sind. Die Ziffern sind somit, was die gesamte Bevölkerung betrifft, nur als annähernd genau anzusehen. Sie belehren uns nur über die Zahl der männlichen Favuspatienten, welche bei Beginn des 21. Lebensjahres noch mit ihrem Leiden behaftet waren. Dagegen gestattet diese Zahl einen Vergleich über die Verbreitung der Krankheit in den verschiedenen Departements von Frankreich.

F. zieht vergleichsweise die von BERGERON im Jahre 1864 und die vom Vortragenden selbst im Jahre 1876 aufgestellte Statistik heran. Während der Jahre 1887, 88, 89, 90, 91 passierten die Untersuchungskommission 1518813 Ausgeschriebene; auf diese Zahl kommen 964 vom Militärdienste wegen Favus Zurückgewiesene. Vom Jahre 1881—1885 gab es 1399, von 1876—1888 1549 Ausschliefsungen. Die Abnahme ist also bei 1541, 1399, 964 eine sehr deutlich und konstante.

Während es noch im Jahre 1886 in allen Departements Ausschliefsungen gab, so klein auch ihre Zahl war, so sind solche vom Jahre 1887—1891 in 5 Departements (Côte d'or, Indre, Haute Marne, Belfort, Rhône) überhaupt nicht mehr vorgekommen. Von den übrigen 82 Departements hatten 53 — also nahezu $^2/_3$ — weniger als 10 Ausschliefsungen in 5 Jahren; 15 waren mit 10—40, 5 mit 20—30, 4 mit 30—40, 1 mit 40 (Aveyron), 1 mit 50 (Côtes du Nord), 1 mit 63 (Hérault), 1 mit 65 (Pas-de-Calais); 1 mit 90 Ausschliefsungen (Seine inférieure). Im folgenden wird aus 10 Departements das Verhältnis der wegen Favus vom Militär Zurückgewiesenen auf 1000 der Untersuchten angegeben, und die diesbezüglichen Ergebnisse aus den Jahren 1860 (BERGERON), 1886 und 1892 (FEULARD) vergleichshalber tabellarisch zusammengestellt. — Es zeigt sich, dafs der Prozentsatz der Favuspatienten wesentlich zurückgegangen ist, dafs es aber fast immer dieselben Departements sind, welche von der Krankheit relativ am stärksten befallen werden, unter anderen das Departement Hérault. Hauptsächlich sind es die im südlichen Frankreich gelegenen Provinzen, welche den gröfsten Prozentsatz der Favuspatienten aufweisen. Die Seine- und Marne-Departements sind im Verhältnis zur Bevölkerungsziffer am wenigsten befallen. Die arme Landbevölkerung stellt ein gröfseres Kontingent als die Bevölkerung der grofsen Städtecentren, vielleicht wegen der auf dem Lande sich häufiger bietenden Gelegenheit, sich durch die Tiere anzustecken (Contagion par les animaux), vielleicht auch wegen Mangels an einer sachgemäfsen Behandlung. Einzelne Individuen suchen die Krankheit möglichst lange zu behalten, um sich dadurch dem Militärdienste zu entziehen. Es fragt sich, ob es nicht aus diesem Grunde und angesichts der relativ geringen Zahl der Favuspatienten zweckmäfsig wäre, den Favus als ein die Zurückweisung vom Militärdienst bedingendes Gebrechen künftighin zu beseitigen.

Während der Favus in Frankreich stetig abnimmt, nimmt die Alopecie, wie BESNIER nachgewiesen hat, in der Armee in erschreckender Weise zu und verlangt seitens der Militär-Sanitätsbehörden eine sorgfältige Beobachtung. Im Gegensatz zum Favus sind es hier die grofsen Centren, so namentlich Paris, welche von der Krankheit ergriffen werden. Vortragender giebt einige Daten hierfür an. In einzelnen Regimentern sind wahrhafte Epidemien ausgebrochen, und fast überall machen die Ärzte den Gebrauch der Schermaschine für die Verbreitung der Krankheit verantwortlich. Man wird kaum umhin können, die schärfsten prophylaktischen Mafsregeln zu ergreifen, um die seit 3—4 Jahren stetig fortschreitende Krankheit einzudämmen.

Angesichts dieser Thatsache fragt man sich, welche Argumente eigentlich noch gegen die Kontagiosität der Alopecia areata beigebracht werden könnten.

Diskussion.

Herr NEUMANN-Wien macht die interessante Mitteilung, dafs der Favus besonders stark bei der mohammedanischen Bevölkerung verbreitet sei. N. zeigt Photographien von exquisiten Favusfällen, darunter einen universellen, der gerechtes Staunen erregt.

Herr H. VON HEBRA-Wien. **Vorläufige Mitteilung über die Wirkung des Allylsulfocarbamids (Thiosinamins) bei subkutaner Einverleibung.**

Der Vortrag ist in den *Monatsheften* Bd. XV, No. 7, S. 337 ff. abgedruckt.

Herr Tommaso de Amicis-Neapel: **Di un caso comprovante la esistenza del tricoma vero di Alibert.**

Vortragender berichtet über einen klinisch hochinteressanten Krankheitsfall, der die Existenz des Trichoma verum d'Alibert als Krankheit sui generis zur Evidenz beweist.

Zuerst macht A. einige allgemeine Bemerkungen über die Bedeutung des Wortes Trichoma oder Plica (polonica). Nach Alibert unterscheidet man ein Trichoma verum sive genuinum und ein Trichoma falsum sive spurium. Während das Trichoma verum primär entsteht und eine Krankheit für sich bildet, geht das Trichoma spurium sekundär aus verschiedenen Ursachen hervor. Spätere Autoren, wie Hamburger, Dittel, insbesondere Hebra und Kaposi, bestritten die Existenz des Trichoma verum als Krankheit sui generis und hielten das Trichoma spurium für eine lokale Krankheit, durch den Gebrauch unsauberer Kämme und überhaupt infolge von mangelnder Pflege des Kopfhaares hervorgerufen.

Der Fall, den A. Gelegenheit hatte, zu beobachten, entschied zu Gunsten der Existenz des Trichoma verum.

Es handelte sich um ein 16jähriges Mädchen, das früher stets gesundes Kopfhaar besessen hatte. Im Anschlufs an eine schwere Infektionskrankheit und an verschiedene nervöse Störungen verlor sie alle ihre Haare. Diejenigen, welche nachwuchsen, zeigten ein ganz verändertes Aussehen; sie waren gedreht, verwickelt und bildeten einen vollständigen Filz, der mit anderen behaarten Stellen, auf welchen die Haare normal geblieben waren, ganz eigenartig kontrastierte. Andere Körperstellen waren von der Affektion frei. — Die Haare wurden wiederholentlich geschoren, aber der Nachwuchs zeigte immer wieder dieselbe filzige Beschaffenheit.

Vortragender demonstriert einen Knäuel der eben beschriebenen Haare, daneben normale Haare von demselben Falle.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, was das Vorhandensein von Parasiten betrifft, ein vollständig negatives Resultat.

Die Excision eines Hautstückchens behufs Feststellung der pathologisch-anatomischen Beschaffenheit der Kopfhaut konnte aus naheliegenden Gründen nicht vorgenommen werden.

Von den angewandten Heilmitteln erzielte die Elektrotherapie allein ein zufriedenstellendes Resultat.

A. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Die Existenz eines Trichoma verum in dem Sinne Aliberts ist sicher festgestellt.
2. Die Krankheit ist nicht auf einen besonderen dyskrasischen Zustand noch auf einen Parasiten, sondern allein auf eine trophoneurotische Störung der Kopfhaut zurückzuführen.

Herr Hutchinson-London demonstriert kolorierte Bilder von **Sommereruptionen** und durch den Einfluss der Sonne bedingten Hautausschlägen und erwähnt hierbei einen Fall, den Referent selbst in seinem Aufsatze: „Über Hutchinsons Sommerprurigo und Sommereruption“ beschrieben hat. (Vergl. *Monatshefte f. pr. Derm.* 1890. Bd. XI, Nr. X.).

Herr Török-Budapest: **Über die psorospermienartigen Gebilde des Krebses.**

Verfasser weist nach, dafs die als Psorospermien gedeuteten Gebilde des Krebses nichts anderes als Epithelien, weifse und rote Blutkörperchen, Kerne der Krebszellen und Wanderzellen und Degenerationsprodukte all' dieser Gebilde seien. T. demonstriert zahlreiche Abbildungen seiner Befunde.

Herr Perrin-Marseille: **De la dégénèrescense colloide du derme.**

Die kolloide Degeneration der Haut gehört zu den seltensten Hautaffektionen.

Der erste beobachtete Fall ist im Jahre 1866 von Ernst Leberecht Wagner in Leipzig unter dem Namen „Colloid-Milium" beschrieben worden. Einen zweiten Fall veröffentlichte im Jahre 1879 Besnier; die anderen Fälle sind, einer durch Balzer und Feulard, im Jahre 1885 und drei durch R. Liveing, im Jahre 1886 publiziert worden, die letzteren jedoch ohne histologische Untersuchung.

Die Fälle, welche P. mitteilt, gleichen in ihren objektiven charakteristischen Symptomen genau den von Besnier und Feulard veröffentlichten: dasselbe klinische Bild von bläschenförmigen, glänzenden Efflorescenzen, dieselbe Schmerzlosigkeit des Ausschlages, derselbe Sitz in der oberen Partie des Gesichtes. In den von P. beobachteten Fällen war auch, wie Liveing schon von den seinigen berichtet, die Dorsalfläche der Hände ergriffen.

Was die Ätiologie betrifft, so scheint der dauernde Aufenthalt im Freien und in der Sonne nicht ohne Einfluſs zu sein. Der von Besnier beschriebene Fall betraf einen Waldhüter, der von Feulard einen Gärtner, der von Perrin eine Lumpensammlerin von 54 Jahren. Ihr Ausschlag hatte sich allmählich vor 8 — 10 Jahren fast gleichzeitig auf der Stirn, dem Nasenrücken und auf den Wangen entwickelt. Die Haut über den erkrankten Partien hatte eine Bronzefärbung, war deutlich verdickt und von kleinen, glänzenden, zitronengelben und durchscheinenden Erhabenheiten bedeckt. Dieselben glichen beim ersten Anblicke Bläschen, zeigten sich jedoch dem tastenden Finger als solid und von harter Konsistenz. Sie waren bis stecknadelkopfgroſs, rund oder rundlich und schienen gleichsam in die Haut eingelagert.

Was ihre Verteilung betrifft, so sind sie meistens zu gröſseren Haufen konfluiert, welche aus einer gelatinösen, durchscheinenden Masse zusammengesetzt ist.

Im Harn der Patientin fand sich weder Eiweiſs noch Zucker. Während ihres Aufenthaltes im Hospital starb die Patientin an einer interkurrenten Krankheit. Die excidierten Hautstückchen wurden von Dr. Reboul untersucht.

Nach der mikroskopischen Untersuchung handelt es sich um eine kolloide Degeneration, die ihren Sitz namentlich in der mittleren Partie der Cutis hat und hier dem Anscheine nach homogene, von der Epidermis durch eine dünne Cutislage getrennte Massen produziert. Dieselben sind das Resultat einer kolloiden Entartung der verdickten Bindegewebsfasern. Der Prozess nimmt seinen Ausgang, wie es scheint, in der Umgebung der Schweiſsdrüsen und Blutgefäſse. Die epithelialen Elemente der Talgdrüsen und der Haarbälge sind intakt, aber ihre bindegewebige Scheide ist verdickt und erfährt bisweilen die kolloide Degeneration.

Die Gefäſse sind stark verändert; ihr Lumen scheint ein wenig verengert, ist jedoch noch durchgängig; ihre Wände sind verdickt, besonders die Adventitia, deren bindegewebige Elemente kolloid entarten. In gleicher Weise sind auch die Bindegewebsscheiden der Nerven verändert.

Das Resultat der histologischen Untersuchung läſst sich dahin zusammenfassen: Die Veränderungen treffen fast ausschlieſslich die bindegewebigen Elemente, die Bindegewebsfasern. Zuerst einfache Verdickung, dann eine stärkere Retraktion des Bindegewebes, endlich kolloide Umwandlung und Bildung von Kolloidhaufen.

Der eben beschriebene Fall scheint den von Besnier und Balzer und von Feulard und Balzer mitgeteilten ähnlich zu sein.

Da P. in keinem der von ihm untersuchten Schnitte die Bildung von Cysten wahrgenommen hat, so vermag er auch nicht seinen Fall zu jenen zu zählen, welche Philippson als Cystadenom, als gutartiges Epitheliom mit kolloider Entartung bezeichnet hat, sondern glaubt, daſs es sich um eine kolloide Umwandlung der bindegewebigen Elemente, um ein Colloid-Milium handelt.

Bezüglich der Natur dieser Entartung und ihre Ätiologie vermag P. nur Vermutungen auszusprechen. Angesichts der hart in Mitleidenschaft gezogenen Gefäfse könnte man an erster Stelle an eine Ernährungsstörung denken. Die Veränderungen, welche die Nerven erfahren, sind zu geringfügig, als dafs man einen nervösen Einflufs als ursächliches Moment annehmen könnte. Wahrscheinlich ist die kolloide Degeneration der Haut, das Colloid-Milium, auf Ernährungsstörungen, welche in äufseren Einflüssen (strahlende Sonne) ihre Ursache haben, zurückzuführen.

Herr Petrini-Bukarest: **Du Pemphigus foliaceus, étude histologique des lésions trouvées dans trois cas semblables** avec démonstrations microscopiques.

Vortragender erkennt nur die drei folgenden Varietäten des Pemphigus an:

1. den Pemphigus vulgaris bullosus chronicus;
2. den Pemphigus foliaceus, der sich an die erste Form anschliefsen kann, oder der gleich im Beginn die ihm eigentümlichen charakteristischen Merkmale annehmen kann;
3. den Pemphigus vegetans, von Neumann beschrieben und so benannt.

P. hat Gelegenheit gehabt, in den beiden letzten Jahren drei Fälle von Pemphigus foliaceus mit ähnlichem Symptomenkomplex zu beobachten. Man sieht auf den sehr gut ausgeführten Farbenbildern, dafs es sich um Fälle handelt, bei denen die Haut in grofser Ausdehnung erkrankt ist, was den tötlichen Ausgang, den die Krankheit in den drei Fällen nahm, wohl erklärt.

Vortragender hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die pathologische Anatomie des Pemphigus zu studieren.

Die meisten Autoren waren der Meinung, dafs man beim Pemphigus pathologische Veränderungen im Rückenmarke finden müfste. — Da in den vorliegenden drei Fällen das Symptomenbild und der Ausgang ähnlich gewesen ist, so hätte man a priori bei der histologischen Untersuchung ähnliche Veränderungen vorfinden sollen. P. leugnet nicht, dafs man pathologische Veränderungen seitens des Rückenmarks finden kann, aber dieselben sind unsicher und nicht konstant. Die bisherigen Befunde berechtigen niemand, an eine parasitäre Natur des Pemphigus zu glauben.

Vortragender spricht sich bezüglich der von Gibier, Demme, Babès und anderen im flüssigen Inhalt der Blasen oder im Blute entdeckten Bakterien folgendermafsen aus: Es unterliegt keinem Zweifel, dafs man im Gefolge der ausgedehnten Hautablösungen beim Pemphigus chronicus und foliaceus für gewöhnlich auf verschiedene Bakterien stofsen kann. Aber man darf nicht vergessen, dafs diese Mikrobien beim Ausbruche des Pemphigus nicht vorhanden gewesen sind und deshalb auch nicht in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Krankheit gebracht werden können. Dieselben spielen eine sekundäre Rolle, können indessen durch starke Vermehrung zu einer Verschlimmerung der Krankheit beitragen.

Das Wesen der Krankheit ist also weder im Rückenmark noch in einem Mikroben, sondern, wie der Autor auf Grund seiner Beobachtungen behauptet, im peripheren und ganglionären Nervensystem zu suchen.

Von den drei Patienten, die P. beobachtet hat, ist der eine nach sechs Monaten, der zweite nach einem Jahre, der dritte nach $1^1/_2$ Jahren gestorben. Bei dem ersteren, der verhältnismäfsig wenig ausgedehnte Veränderungen auf der Haut gezeigt hatte, fand P. gewisse Veränderungen in den hinteren Rückenmarkssträngen, während er ähnliches bei dem dritten Falle, der auf der Haut weit ausgedehntere Schädigungen zeigte, nicht wahrnehmen konnte. In zwei Fällen, bei denen er die histologische Untersuchung vorgenommen hat, fand er eine fettige Degeneration der Leber. Was P. aber als dem Pemphigus eigentümlich erscheint, das ist die Atrophie

der peripheren Hautnerven; der markhaltigen Fasern, welche die Spinalganglien kreuzen, und vielleicht eine Degeneration gewisser Nervenfasern von peripheren Nerven.

Vortragender demonstriert mikroskopische Präparate, an denen man folgendes beobachten kann: Hauthämorrhagien, Abblätterung der Epidermis, fettige Atrophie, die man sonst selten im subkutanen Gewebe sieht; ferner in Atrophie begriffene Hautnerven und in den Spinalganglien feine Nervenfibrillen und atrophische Nervenfasern.

Petrini bemerkt am Schlusse seines anziehenden Vortrages: „Die Veränderungen, welche wir in diesen Organen gefunden haben, sind ausgesprochen genug und berechtigen uns zu der Hoffnung, dafs es gelingen wird, in dieser Richtung die wahre Natur des Pemphigus kennen zu lernen.“

Herr Perrin-Marseille: **Cas de ladrerie chez l'homme.**

P. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von Hautcysticerken beim Menschen zu sehen und einen der Tumoren genau zu untersuchen. Er fand im Innern der Cyste den ganz charakteristischen Kopf von Taenia solium mit Hakenkranz und Saugnäpfen. Die mit diesen Tumoren behaftete Patientin hatte in der That auch eine Taenia solium. — Es ist dies ein seltenes Beispiel von gleichzeitigem Vorkommen von Cysticerken mit einer Taenia.

Angesichts dieser Thatsache kann man sich fragen, ob gewisse Menschen, welche eine Taenia solium beherbergen, durch Verschlucken der Eier eben dieser Taenia Cysticerken acquirieren können.

P. bespricht im folgenden eingehend diese Frage und macht die interessante Mitteilung, dafs seit einigen Jahren die Taenia solium und ihre Cysticerken beim Menschen an Häufigkeit abgenommen haben, dafs jedoch die Fälle von Taenia mediocanellata und Cysticercus bovis häufiger geworden sind.

P. giebt sodann die Ratschläge, wie man sich vor diesen Parasiten und ihrem Gefolge prophylaktisch schützen kann.

Herr Brocq-Paris: **Remarques sur les alopécies des séborrhées et de la kératose pilaire.**

Derselbe: **Quelques aperçus sur les dermatoses prurigineuses et les anciens lichens.**

Beide Vorträge erscheinen demnächst in dieser Zeitschrift.

Herr Nenadovič - Pancsowa: **Über geheime Prostitution und Vorschläge zur Verhütung der Weiterverbreitung der Syphilis.**

An Anregungen zu derartigen Vorschlägen fehlt es nicht, aber die Vorschläge sind nicht immer praktisch genug. Diejenigen, welche N. auf Grund seiner 24jährigen Landpraxis erteilt, sollen gleichzeitig als Ausgangspunkt für weitere Vorschläge dienen.

1. Strenge sanitätspolizeiliche Beobachtung der Prostituierten.

2. Geregelte Gesetzgebung bezüglich der Prostitution. Genaue Kontrolle des Ursprungs eines Syphilisfalles. Dieselbe ist in einer kleinen Stadt leichter möglich, als in der grofsen.

Die geheime Prostitution trägt viel mehr zur Verbreitung der Syphilis bei, als die geregelte. —

Die Inficierten müssen unter Diskretion angeben, wo sie sich angesteckt haben.

Der Inficierte mufs das Recht haben, auf Kosten des Staates behandelt zu werden. — Das einzige Mittel gegen die Syphilis ist auf dem Lande der Blaustift.

3. Jeder untersuchende Arzt mufs bakteriologische Kenntnisse besitzen, um für alle Fälle eine sichere Diagnose stellen zu können.

Diskussion.

Herr KÖBNER-Berlin ist ebenfalls der Meinung, daſs die Kenntnis der Infektionsquelle von Wichtigkeit sei. Jeder praktische Arzt soll die Quelle der Infektion feststellen. Die geheime Prostitution müsse durch sanitätspolizeiliche Überwachung eingedämmt werden.

Herr FINGER-Wien: Die Eindämmung der geheimen Prostitution sei schwer. Selbst wenn dieselbe gelingen würde, so sei damit nur eine Quelle beseitigt, es gebe aber noch viele andere, die sich der Beobachtung entziehen.

JOANNU-Athen: **Über die Syphilis bei den alten Griechen.**

J. erörtert zunächst die Frage: War die Syphilis den Alten bekannt?

Aus zahlreichen Stellen verschiedener Autoren geht hervor, daſs den Alten die Krankheit nicht unbekannt war. Die Göttin Venus ist bei den Griechen sehr einheimisch gewesen.

Das Vorhandensein von öffentlichen Häusern wird durch Reliquien bestätigt.

Vortragender citiert eine Anzahl von Stellen aus älteren Schriften, die für das Vorhandensein von Syphilis sprechen. Er erwähnt HIPPOKRATES und CHRYSOSTOMUS. Ersterer kannte auch die Neoplasien an den Genitalien; er spricht direkt von Sklerosen, welche kurze Zeit nach dem Coitus auftreten.

GALENUS spricht von Geschwüren auf der Haut. CORNELIUS CELSUS beschreibt Geschwüre in der Nasengegend und auf der Vorhaut. — Phimosis und Paraphimosis.

Es werden sogar tertiäre Syphilisformen erwähnt.

Vortragender spricht sodann über den Charakter der venerischen Krankheiten in Griechenland. Mit der Verkehrssteigerung nach Einführung des Königtums hat die frühere Sittenreinheit Einbuſse erlitten und die Syphilis Einkehr gehalten.

J. beschreibt im folgenden das Spyrokolon, eine besondere Syphilisform, von der hauptsächlich After, Scrotum, Genitalien ergriffen werden. Diese Syphilisform ist zum ersten Male in den Freiheitskriegen beobachtet worden. Ohne primäre Erscheinungen entwickelt sich dieselbe als syphilitische Papeln, die später ulzerieren. Das Spyrokolon ist an gewissen Orten endemisch. — Anfangs wurde die Krankheit von den Ärzten verkannt, später wurden durch Einrichtung eigener Hospitäler energische Maſsregeln gegen dieselbe ergriffen.

Herr SCHWIMMER-Budapest: **Über das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affektionen.**

Die Niere wird durch die Syphilis stark tangiert. Es kommen hier Gummata, die verschiedenen Nephrititiden in Betracht, welche direkt durch die Syphilis hervorgerufen werden.

Die Albuminurie ist somit für die Diagnose wertvoll.

Vortragender bespricht die diesbezügliche Litteratur.

MARTINEZ erwähnt eine syphilitische Albuminurie drei Wochen nach Auftreten der ersten syphilitischen Zeichen.

BARTHÉLEMY hat auch Fälle erwähnt, wo die Albuminurie vorher bestanden hat und die Syphilis nachher eingetreten ist.

Man hat geglaubt, daſs die Nephritis infolge der antiluetischen Behandlung auftrete, was aber nicht zutreffend ist.

FÜRBRINGER, PETERSEN, FOURNIER haben sich der Frage bemächtigt.

S. hat eine Anzahl von Fällen genau beobachtet.

1. Jeder Patient wurde untersucht, ob er Eiweiſs im Urin hätte;

2. ob die Quecksilberbehandlung einen Einfluſs auf die Niere ausübe.

247 Kranke zeigten kein Albumen, drei Fälle zeigten Albuminurie. Bei einer

Patientin verlor sich die Albuminurie unter einer Merkurialbehandlung. Im zweiten Falle verlor sich die Albuminurie unter Quecksilberbehandlung nicht.

Was den Einfluſs des Hg auf die Niere betrifft, so trat von 250 beobachteten Fällen bei 22 unter der Behandlung Albuminurie auf.

Sch. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Es gelingt nicht in allen Fällen, die Ursache der Albuminurie festzustellen.

2. Die Merkurialbehandlung ist nicht für das Entstehen der Albuminurie verantwortlich zu machen.

3. Die Wahl der Mittel bei der Behandlung kann vielleicht eine Ursache abgeben.

Diskussion.

Her Spiegler-Wien bemerkt, daſs heftige Aufregungen, Gemütsstimmungen zuweilen vorübergehende Albuminurie im Gefolge haben. Auch ein Kater (!) kann einmal Eiweiſs im Urin erscheinen lassen. — So ist es vorgekommen, daſs Patienten, als sie vom Arzte hörten, sie hätten Syphilis, infolge der psychischen Erregung Eiweiſs im Urin zeigten.

Herr Janovsky-Prag: Es kommen verschiedene Momente in Betracht, welche die Albuminurie hervorrufen können. Dem Hg kann man nicht immer die Schuld beimessen. Beim syphilitischen Eruptionsfieber wurde Albuminurie beobachtet. Ferner ist dieselbe nicht selten bei der Syphilis maligna. Sie hält dann mit der Ausbreitung des Prozesses gleichen Schritt. — Die Albuminurie verliert sich wieder sehr rasch.

Was die Einwirkung von Medikamenten betrifft, so ist bei einer gröſseren Versuchsreihe mit Sozojodol Albuminurie nicht beobachtet worden, meistens bei Kalomel-Injektionen, die mit Diarrhoen einhergingen. Bei Hg-Thymol-Injektionen hat J. nie Albuminurie beobachtet.

Herr Mraček-Wien hat ebenfalls Kontrollversuche angestellt. Die gröſseren Mengen von Albumen kommen bei Individuen unter der Hg-Behandlung vor, die vor derselben keine Albuminurie gezeigt haben. — Die Idiosynkrasie spielt gewiſs hierbei eine Rolle. — Ob das Hg im Moment, wo es ausgeschieden wird, die Nieren reizt, ist fraglich. Vielleicht handelt es sich um eine gröſsere Spannung in den Gefäſsen während der Ausscheidung.

Herr Petrini-Bukarest: **L'emploi du traitement dit mixte est-il indispensable dans la Syphilis tertiaire?**

Die schulmäſsige Einteilung der Syphilis in drei Perioden hat heute nicht mehr dieselbe Bedeutung wie ehedem, da man sogenannte tertiäre Erscheinungen, sogar innerhalb des ersten Jahres der Infektion, beobachten kann. Man ist dann auch gezwungen, die Kontagiosität dieser Erscheinungen zuzugeben, wenn dieselben nach einem so kurzen Zeitraume plötzlich auftreten. Ihre Kontagiosität verringert sich mit der Zeit. Nach 10—15 Jahren braucht man nicht mehr zu fürchten, daſs noch Übertragbarkeit besteht. Hiernach kann man das Vorhandensein eines spezifischen, pathogenen Agens unmöglich in Abrede stellen.

Dieses Agens kann, nach der Ansicht des Vortragenden, einzig und allein durch die Quecksilberpräparate wirksam bekämpft werden.

P. stützt sich für seine Behauptung auf die Resultate von 44 Fällen mit verschiedenen Formen der tertiären Syphilis, wie Gummata, ulzeröse Syphilide, Exostosen etc., die er sämtlich nur mit Quecksilberpräparaten behandelt hat. Gleichzeitig verordnet er den Patienten Eisen, Arsenik, eine kräftige Kost, Seebäder während der Saison. Die häufigen Recidive, welche man bei der Syphilis beobachtete, sind vielleicht auf die gemischte Behandlung, besonders auch darauf zurückzuführen, daſs man sich mehr des Jod als des Merkurs bei der Syphilisbehandlung bediente.

Es ist möglich, dafs das Jod, gleichzeitig mit dem Merkur genommen, die spezifische, parasiticide Wirkung des letzteren hemmt. — Übrigens behaupten einige Therapeuten wie GUILLOT, MELSENS u. a., dafs der Merkur, wenn gleichzeitig mit dem Jod eingenommen, sehr schnell aus dem Körper eliminiert wird. Somit würde auch nach des Vortragenden Meinung der Merkur in solchen Fällen nicht die nötige Zeit haben, um auf das syphilitische Virus einzuwirken. Weit entfernt, die Ansicht derjenigen zu teilen, welche das Jod in solchen Fällen für unentbehrlich halten, wendet P. vielmehr seit drei Jahren ohne Furcht und mit Erfolg allein die Quecksilberpräparate an.

Auf diese neue Methode der Behandlung der tertiären Syphilis möchte Vortragender die Aufmerksamkeit der Syphilidologen lenken.

Was die Ansicht derer betrifft, welche das tertiäre Stadium als durch den Merkur hervorgerufen ansehen, so hält P. die hinreichend bekannten Thatsachen und Argumente der Autoritäten auf diesem Gebiete entgegen, aus denen hervorgeht, dafs gerade solche Leute häufig von tertiären Erscheinungen heimgesucht werden, welche keine hinreichend lange und energische Quecksilberkur durchgemacht haben.

Den Merkur anklagen, dafs er das tertiäre Stadium der Syphilis begünstige, ist ungefähr dasselbe, wie wenn die Leute bei der Malaria das Chinin beschuldigen, dafs es die Vergröfserung der Milz verursache.

Herr GAUCHER-Paris: **Guérison de quelques cas rares de syphilis tertiaire.** G. empfiehlt in sehr zweifelhaften Fällen, auch wenn alle Antecedentien und jede alte und frische Spur von Syphilis fehlen, die spezifische Behandlung zu verordnen. Er stützt seine Empfehlung auf drei beobachtete Fälle, die im folgenden kurz beschrieben werden.

1. Bei dem ersten Falle handelt es sich um eine Patientin mit Fungus beider Ellenbogengelenke und mit Lungenerscheinungen, welche an Tuberkulose erinnerten. Aufserdem zeigte sie an einem der Ellenbogen einige Psoriasispapeln, über deren Natur man im Zweifel sein konnte. Die Patientin hatte viermal abortiert. Es wurde durch die eingeleitete antiluetische Kur vollständige Heilung erzielt. Die Lungenerscheinungen schwanden; die Gelenke gewannen ihre normale Beweglichkeit wieder.

2. Die Patientin leidet an heftigem Kopfschmerz, der allen Mitteln hartnäckig trotzt. Behandlung mit Jodquecksilber und Heilung. Im nächsten Jahre erkrankte sie an einer eiterigen Pleuritis, die eine zweimalige Punktion notwendig machte. Gleichzeitig zeigte sich eine Induration an der Lungenspitze. Die Kranke wurde für tuberkulös gehalten. Nochmals antiluetische Behandlung. Die Patientin wird von ihren Lungen- und Pleuraerscheinungen geheilt. Das pleuritische Exsudat wird resorbiert und tritt nicht wieder auf.

3. Die Patientin zeigte Symptome von Geistesstörungen im Anschlusse an einen heftigen Kopfschmerz. Dieselbe wurde für verrückt gehalten. Die Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber heilt die Patientin vollständig innerhalb von zwei Monaten.

Herr BARBE-Paris: **Diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire.** Die Differentialdiagnose der Lungensyphilis und der Lungentuberkulose ist zuweilen aufserordentlich schwer, man soll deshalb nichts aufser acht lassen, was den Kliniker über die Natur der einen und der anderen Krankheit aufklären könnte. Denn von der richtigen Diagnose hängt die Prognose und die Behandlung ab.

Alle Autoren, welche über die Lungensyphilis geschrieben haben, zählen bei Erwähnung dieser Differentialdiagnose eine Anzahl von Merkmalen auf, welche jedoch weit entfernt sind, pathognomonisch zu sein. Das einzige Zeichen, auf welches man

sich stützen könnte, ist die Gegenwart oder das Fehlen der KOCHschen Bazillen im Auswurfe. Die Gegenwart der Bazillen hat einen absolut diagnostischen Wert, wofern es sich um die Lungentuberkulose handelt, aber das Fehlen derselben ist nur von relativem Werte. Zahlreich sind die Fälle, wo man in dem Auswurf Tuberkulöser keine Mikroorganismen entdeckt oder solche erst nach wiederholten, in längeren Intervallen vorgenommenen Untersuchungen gefunden hat. Ein gutes Mittel, um der Ungewifsheit in der Diagnose zu begegnen, ist die Überimpfung von Sputumpartikelchen auf Tiere.

Diese Impfung ist bei Gelegenheit eines Krankheitsfalles vorgenommen worden, bei welchem die Kachexie und der Zustand der Atmungsorgane auf Lungentuberkulose hindeuteten. Am 3. Juni wurde das Tier mit dem Auswurf geimpft. Am 6. Juli, nachdem es sich bis dahin andauernd wohl befunden hatte, wurde es mit Chloroform getötet. Die Autopsie ergab Abwesenheit von Tuberkulose in den Organen. Das Fehlen der KOCHchen Bacillen und das negative Resultat der Überimpfungen führen zu dem Schlusse, dafs man es wohl mit Syphilis zu thun habe.

Die Anwesenheit von Bacillen und die positiven Impfresultate sind für das Vorhandensein der Tuberkulose wohl beweisend, nicht aber für die Syphilis, die bei ein und demselben Individuum gleichzeitig mit der Tuberkulose auftritt. Erst der Nachweis der Syphilisbacillen neben den KOCHschen Tuberkelbacillen dürften das Problem lösen.

6. Sitzung.

Vorsitzender: Herr TOMMASO DE AMICIS-Neapel.

M. M. HALLOPEAU (et JEANSELME)-Paris: **Sur une lymphangiopathie offrant les caractères cliniques d'une infection et les caractères histologiques du sarcome.**

Das Resumé des Vortrages ist ungefähr folgendes:

Im Verlauf der Lymphstränge einer Extremität können Sarkomgeschwülste entstehen, welche in ihren klinischen Merkmalen und in ihrer weiteren Entwickelung sehr viel Ähnlichkeit mit den Knoten einer Lymphangitis tuberculosa zeigen. Die Tumoren arrodieren und zerstören bei ihrem Wachstum die Gefäfswände und verursachen dadurch nicht selten starke, anhaltende Blutungen. Eine Rückbildung der Sarkomgeschwülste kommt nicht vor; sie brechen zuweilen spontan auf und ulzerieren. Die Ulzerationen heilen infolge der Blutungen aufserordentlich schwer ab. Der sich bildende narbige Überzug ist dann nur dünn und wenig resistent. Leichte Verletzungen rufen Recidive hervor.

Was die nächste Ursache zu dem Ausbruche dieser Neubildungen ist, bleibt unbestimmt. Soviel ist durch die histologischen und experimentellen Untersuchungen festgestellt, dafs die Tumoren durch keinen der bisher bekannten Infektionsstoffe hervorgerufen werden.

Herr GAUCHER-Paris: **Des métastases du Psoriasis.**

Die meisten Hautkrankheiten, ausgenommen die parasitären Affektionen, verdanken einer Intoxikation ihre Entstehung. Selten sind es mineralische, häufiger vegetabilische giftige Stoffe, mit denen der Mensch durch die Tiere infiziert wird oder durch Auto-Intoxikation sich selbst ansteckt. Dies gilt in gleicher Weise von der Psoriasis wie vom Ekzem. Das krankmachende Gift, welches durch die Haut ausgeschieden wird, kann durch Metastase auf ein inneres Organ übertragen werden und schwere organische Krankheiten hervorrufen. Dieses Gift enthält alle Extraktivstoffe, welche aus einer unvollständigen Verbrennung der stickstoffhaltigen Substanzen im Organismus entstehen.

Im folgenden berichtet G. über drei Fälle, welche die Metastase der Psoriasis,

nach unseren modernen Anschauungen eine wirkliche, chemische Metastase, beweisen oder, einfach ausgedrückt, welche die Wechselwirkung zwischen Hautkrankheiten und Krankheiten der inneren Organe zur Evidenz beweisen sollen.

1. Ein Patient, der seit seiner Kindheit an einer universellen Psoriasis leidet, wird im Hospital St. Louis behandelt und vollständig geheilt. An dem Tage, wo er aus dem Krankenhause entlassen werden soll, wird er von einem sehr schweren Gelenkrheumatismus, kompliziert mit Endocarditis und cerebralen Erscheinungen, befallen. Die letzteren heilen durch kalte Bäder, die Endocarditis besteht noch eine Zeit lang fort und verschwindet endlich.

2. Ein Patient, der von seiner chronischen, universellen Psoriasis beinahe vollständig hergestellt ist, erkrankt plötzlich an gastrischen Erscheinungen, bestehend in Erbrechen, Magenblutungen und fahlem, kachektischem Aussehen, so dafs er den Eindruck eines an Magenkrebs leidenden Mannes macht. Man ruft die Psoriasis durch Sinapismen künstlich wieder hervor, und die schweren gastrischen Symptome verschwinden.

3. Ein mit Psoriasis behafteter Patient sieht seine Affektion spontan verschwinden, laboriert aber gewöhnlich in der unmittelbar darauffolgenden Zeit an einem chronischen Magen-Darmkatarrh.

Diese und andere ähnliche Fälle sprechen für das thatsächliche Vorkommen von Metastasen der Psoriasis, wie sie die älteren französischen Autoren annahmen. Die humoral-pathologischen Veränderungen, d. h. die durch ein organisiertes, im Blute cirkulierendes Gift hervorgerufenen krankhaften Veränderungen sind bei der Psoriasis nicht weniger wahrscheinlich, als bei der Urämie und bei der Gicht.

Vortragender ermahnt am Schlusse seiner Betrachtung, die Psoriatiker vorsichtig zu behandeln und neben der Anwendung äufserer Mittel nicht die internen namentlich auch nicht eine geeignete Diätetik zu vernachlässigen.

Herr O. Rosenthal-Berlin: **Über atypische Psoriasis.**

An der Hand von 200 eigenen Fällen und unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur will R. die atypischen Formen der Psoriasis zusammenstellen und zeigen, welchen wandelbaren Normen diese verbreitete Hautkrankheit unterworfen ist.

Bezüglich der Ätiologie herrscht noch völlige Unklarheit. Die Diathesentheorie der Franzosen (Bazin, Hardy) ist seit Hebra in Deutschland ganz verlassen und zählt in Frankreich selbst nur noch sehr wenige Anhänger. Die von Taylor hauptsächlich unterstützte Theorie Erasmus Wilsons, dafs die Psoriasis der verspätete Ausbruch einer durch mehrere Generationen hindurchgegangenen Syphilis sei, widerspricht den Betrachtungen, die R. an seinen Fällen gemacht hat. Die Theorie hat auch sonst wenig Anklang gefunden.

Der Pilztheorie vermag R. ebensowenig das Wort zu reden. Es werden die diesbezüglichen Arbeiten von Lang (Epidermidophyton), Eklund (Lepocolla repens), die Beobachtungen von Teuholt bei Kälbern, die Übertragungs- und Züchtungsversuche von Lassar, Unna, Lutz, Tommasoli, Beissel einer kritischen Besprechung unterworfen.

Vortragender schliefst sich der Ansicht Wolffs und Riess' an, dafs es sich bei den bisherigen Pilzbefunden nur um Kunstprodukte handelte. Das seltsame Impfresultat, bei welchem der auf dem rechten Oberarm Geimpfte nach 16 Tagen die ersten Erscheinungen am linken Ellbogen zeigte, dürfte kaum als beweisend angesehen werden. Die von Unna publizierten Fälle direkter Übertragung haben von anderer Seite — ausgenommen von Schulz — keinerlei Bestätigung gefunden.

R. bespricht sodann die Theorie des nervösen Ursprunges der Psoriasis,

wie sie von Tilbury Fox, Eulenburg, Polotebnoff u. a. vertreten wird. Trotz sorgfältiger Beobachtung und Nachforschung hat R. weder bei seinen Kranken noch in deren Familie hervorragend abnorme Verhältnisse im Nervensystem feststellen können. Ebensowenig hat er die zahlreichen Beobachtungen Polotebnoffs bestätigt gefunden, daſs z. B. die Psoriasis im Anschluſs an Traumen entsteht, daſs Psoriasis nicht selten gleichzeitig mit Albuminurie, mit Menstruationsanomalien auftrete.

R. berührt und widerlegt dann auch die anderen Theorien, die rheumatische oder arthritische Anlage (Devergie, Campbell etc.), die Auffassung als chronische Infektionskrankheit (Kopp), das Auftreten nach akuten Infektionskrankheiten (Kaurin, Schwimmer etc.) und vor allem nach Malaria (Poor), ferner nach allgemeinen, schwächenden Momenten, wie Temperaturschwankungen (Bulkley), Laktation (Anderson), psychischen Einflüssen (Helioz, Leloir, Neumann etc.).

Vortragender bestätigt dann die in neuerer Zeit von Polotebnoff angegriffenen Beobachtungen von Hebra, Köbner, Wutzdorff u. a., daſs bei vorhandener Disposition eine Eruption von Psoriasis auf die verschiedensten lokalen, äuſseren Reize erfolgt und widerlegt die Einwürfe Polotebnoffs. Zu dieser Kategorie rechnet R. auch diejenigen Fälle von Psoriasis, welche nach Impfungen aufgetreten sind (Piffard, Word u. a.) Nachdem Vortragender auch die Ansicht Willans, Bazins u. a., welche die Psoriasis als ein konstitutionelles Leiden auffassen, einer kurzen Besprechung gewürdigt hat, äuſsert er sich selbst über das Wesen der Psoriasis folgendermaſsen: Die Psoriasis hat in einer eigentümlichen Disposition der Haut ihren Grund, bei der öfter hereditäre Verhältnisse mitsprechen. Ein Ausbruch erfolgt auf die verschiedensten Reize, die das Gefäſsnervensystem treffen.

Eine hereditäre Belastung konnte R. nur in 15% der beobachteten Fälle mit Bestimmtheit nachweisen, in 46% war das Resultat der Nachforschungen negativ und in 39% zweifelhaft. Interessant ist ein Fall, bei dem eine 45jährige Mutter drei Jahre später als ihre zur Zeit des ersten Auftretens der Affektion 17jährige Tochter erkrankte. Nur in sehr wenigen Fällen konnte eine Erkrankung von Geschwistern nachgewiesen werden. Hieraus zieht R. den Schluſs, daſs in der Mehrzahl der Fälle die Disposition zur Erkrankung erworben wird.

Was das Alter betrifft, so wird von Kaposi ein Fall bei einem achtmonatlichen Kinde mitgeteilt. Der Ansicht Bulkleys, daſs in 40% eine Erkrankung bereits vor dem zweiten Lebensjahre eintritt, stellt R. die seinige entgegen, daſs die ersten Ausbrüche der Psoriasis am häufigsten um die Zeit der Pubertät und dem sich an diese anschlieſsenden Dezennium beobachtet werden.

Nur in einem Falle lag eine Erkrankung der Schleimhaut vor, wie sie Pospelow berichtet. Es könnte dieser Fall die Ansicht Paravants bekräftigen, daſs die Psoriasis eine vermehrte Epithelienbildung des Gastro-Intestinaltractus veranlaſst.

Von atypischen Lokalisationen hat R. in 4 Fällen die Erkrankungen der Nägel, in 2 Fällen das Ergriffensein der Flachhände und Fuſssohlen, bei 8 Patienten die alleinige Erkrankung der Kopfhaut und bei 3 Kranken das primäre Befallensein der Glans oder des Praeputiums beobachtet.

Von besonderen Formen erwähnt R. die Psoriasis nigra (Neumann), die Psoriasis rupioidea (Anderson). Jucken hat R. in 6 Fällen notiert. Zu den Komplikationen gehört in erster Reihe das Ekzem, wobei es sich nicht um die Form des Eczema psoriasiforme sive Eczema seborrhoicum handelt, wenngleich Seborrhoe nach der Ansicht Brocqs durch Einnistung von Parasiten zu Psoriasis führt und schon Kaposi auf die Schwierigkeit der Diagnose bei manchen Formen von Psoriasis gegenüber dem Eczema universale aufmerksam gemacht hat.

Findet sich, wie das hin und wieder vorkommt, Psoriasis an den einen, Ekzem

an anderen Körperstellen, so kann bei hierzu disponierten Individuen Psoriasis in Ekzem und Ekzem in Psoriasis übergehen. R. beschreibt ausführlich einen Fall bei einem 53jährigen Tabiker. Die Affektion zeigte sich hier aufserordentlich hartnäckig und trotzte lange den angewandten Mitteln.

Bei einem 13jährigen Knaben zeigte die Psoriasis den Charakter der Dermatitis exfoliativa. Neben Psoriasis kommen Scabies, Acne vulgaris und rosacea, Xerodermie der Hände, Sycosis, Pityriasis versicolor etc. nicht sehr selten gleichzeitig vor. Interessanter sind die Beobachtungen R.'s einer Komplikation mit Impetigo contagiosa, mit Herpes zoster cervicalis nach Arsenikgebrauch, mit Sklerodermie und mit Lichen planus. Bemerkenswert sind noch die Übergänge der Psoriasisplaques in Warzen (Kaposi), Keloide, Epithelialkarzinome.

Im folgenden wird die pathologische Anatomie der Psoriasis besprochen, und die sich gegenüberstehenden Anschauungen werden kritisch gewürdigt. Die älteren Autoren sehen die Affektion als eine Entzündung der Papillarschicht an, an die sich eine Rundzelleninfiltration der Cutis, sowie eine Wucherung der Zylinder- und Stachelzellenschicht anschliefst, während die jüngeren Autoren die Psoriasis als eine Epidermidose auffassen.

Was die Therapie betrifft, so betrachtet R. die Wirksamkeit des Jodkaliums als eine atypische und erwähnt, dafs er trotz lange fortgesetzten Gebrauches von Arsenik nicht selten eine Verschlimmerung des Zustandes habe eintreten sehen. Hutchinson berichtet sogar über einen akuten Ausbruch der Psoriasis unter dem Einflusse von Arsenik.

Herr Dubreuilh-Bordeaux: **Über die Behandlung des Lupus disseminatus.**

Unter den zahllosen Modalitäten, welche der Lupus vulgaris, besonders wenn er seinen Sitz auf dem Gesichte hat, annehmen kann, giebt es eine, wo die Lupusknötchen mit einer ganz eigentümlichen Hartnäckigkeit recidivieren, und zwar in der Weise, dafs eine narbige, mehr oder weniger gerötete Oberfläche von kleinen, isolierten Knötchen siebförmig durchlöchert erscheint. In diesem Falle sind die Knötchen, nicht alle oberflächlich gelegen, es giebt deren auch in der Tiefe, welche dem Auge nicht wahrnehmbar sind. Diejenigen, welche man sieht, bilden oft nur das Ende einer Kette von Knötchen, welche sich mehr oder weniger in die Haut einsenken.

Unter den Behandlungsmethoden, welche gegen diese Form gerichtet sind, erreicht die Skarifikation allein nicht die kranken Stellen und mufs zu oft wiederholt werden. Die Ignipunktur ist besser, gestattet aber nicht, die erkrankten Partien in ihrer ganzen Ausdehnung zu verfolgen, weshalb sehr bald Recidive eintreten. — Am erfolgreichsten ist die Auslöffelung mit sehr feinen, eigens hierzu angefertigten scharfen Löffeln, welche, wie ein Bohrer gehandhabt, gestatten, die Knötchen zu enukleieren und in ihrer ganzen Ausdehnung zu verfolgen. Der Auskratzung läfst man eine Kauterisation mit Chlorzink nachfolgen.

Herr Staub-Posen: **Über Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum.**

St. berichtet über einen Fall von ziemlich schwerem Puerperalfieber, das mit Eruptionen von Pemphigusblasen auf der Haut kompliziert war. Das neugeborene Kind hatte einen typischen Pemphigus neonatorum. Wöchnerin und Kind genasen.

In einem zweiten Falle, den St. Gelegenheit hatte zu beobachten, starb das neugeborene Kind an einem Pemphigus idiopathicus, während die Mutter nach leichtem Puerperalfieber und mehrwöchentlichem Pemphigus genas.

In einem dritten Falle zeigte eine Wöchnerin leichte Fieberbewegung. Das Kind zeigte einen typischen Pemphigus. Die Sektion des an einem Durchfall gestorbenen Kindes ergab keine Symptome von Lues.

Redner citiert aus der Litteratur Berichte über Pemphigusepidemien bei Neugeborenen und über die Bakterienbefunde bei denselben. Auch über Pemphigus puerperalis finden sich Fälle in der Litteratur. Dieselben erfahren jedoch seitens der Autoren eine verschiedene Deutung.

Der Pemphigus neonatorum ist nach der Ansicht STAUBS auf eine, zumeist intra partum stattfindende Infektion zurückzuführen. Die Beteiligung der Mutter an der Infektion dokumentiert sich durch bald leichteres, bald schwereres Fieber, das mitunter mit Pemphigus kombiniert ist.

St. fordert am Schlusse seines Vortrages die Ärzte auf, bei Pemphigus neonatorum nach der Infektionsquelle — zumeist Hebammen — zu suchen, um weiteren Infektionen vorzubeugen.

Damit schliefsen wir den zusammenhängenden Bericht über die wissenschaftlichen Sitzungen des II. internationalen Dermatologen-Kongresses ab und behalten uns vor, manches Fehlende nachzutragen, etwaige Ungenauigkeiten zu berichtigen.

Neben den mündlichen Vorträgen belebten in hervorragender Weise das Kongrefsbild die zahlreichen Demonstrationen mikroskopischer Präparate, die täglichen Visiten in der dermatologischen und syphilidologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses und die Vorstellung interessanter Fälle durch die Herren LANG, KAPOSI, NEUMANN, HEBRA, SCHIFF, RIEHL u. a.

Ein ganz besonderes Lob gebührt der unter Leitung des Herrn Dr. KARL HENNING veranstalteten Kongrefs-Ausstellung. Was das Auge eines Dermatologen ergötzt, was das Herz eines Syphilidologen erfreut, konnte man in dieser Ausstellung sehen, bewundern, studieren und — „probieren“.

Das Hôpital Saint-Louis hatte eine Kollektion seiner herrlichen Moulages aus dem Museum Baretta nach Wien gesandt und eine von FEULARD abgefafste Geschichte des Hôpital und des Museums, sowie einen Katalog der ausgestellten Moulages der Sammlung beigefügt.

Wenn man diesen Moulages, welche an Exaktheit und Feinheit der Ausführung, an Haltbarkeit und Widerstandsfähigkeit bisher unerreicht geblieben sind, immer und immer wieder seine Bewunderung gezollt hat, so mufste man es doch andererseits lebhaft bedauern, dafs Meister BARETTA seine Kunst als ein Geheimnis mit einem undurchdringlichen Schleier umgab und den Lehrstätten aufserhalb Paris einen so vortrefflichen Lehrbehelf, wie ihn die chromoplastische, naturgetreue Wiedergabe sichtbarer, pathologischer Veränderungen bildet, bis zum heutigen Tage vorenthielt.

Um so überraschter war der Besucher der Kongrefs-Ausstellung, als er neben der Kollektion der Pariser Moulages, die nach den Angaben HENNINGS angefertigten Moulages der Wiener Kollektion erblickte. Wenn diese letzteren sich in der Zukunft ebenso haltbar und widerstandsfähig zeigen, wie die Moulages des Museum Baretta, so dürften sie diesen in nichts nachgeben, und die Einrichtung eines Museum HENNING à la

Baretta dürfte dann nur noch eine Frage der Zeit und — der notwendigen Geldmittel sein.

In derselben Abteilung sahen wir anatomische Präparate und Moulages aus Prof. Strickers pathologisch-anatomischem Institute. Die Professoren Schindelka, Billroth, Czokor hatten Abbildungen und Präparate ausgestellt.

In einer anderen Abteilung waren dermato-therapeutische Präparate wohlbekannter Firmen ausgestellt. Wir sahen Europhen, Aristol, Tumenol, Lysol, Ichthyol; wir sahen Stephans bewährte Antrophore, Keissers flüssige, Stiefels zentrifugierte Seifen. Weinberg hatte seine ausgezeichnete Styrax-Salbe ausgestellt. Unter den Firmen, welche Verbandstoffe, Pflaster, Salbenmulle ausstellten, vermifsten wir Beiersdorf in Hamburg, dessen Präparate doch sicherlich noch immer den ersten Rang einnehmen. Die „Austria“ des Apothekers Turinsky in Wien lieferte Pflaster und Collemplastra von ganz vorzüglicher Klebkraft u. s. w.

Die Ausstellung enthielt in einer Abteilung Instrumente, Apparate, Utensilien für Urethro- und Cystoskopie, für Mikroskopie und Bakteriologie.

Wenn wir noch die Abteilung mit den neuesten litterarischen Erscheinungen auf dem Gebiete der Dermatologie, mit den Zeitschriften, Monographien, Tableaux und Büchern der Verlagsbuchhandlungen von Braumüller, Perles u. a. erwähnen, so haben wir die Leser der *Monatshefte* auch über die wohlgelungene Ausstellung des Herrn Dr. Henning unterrichtet.

Es erübrigt uns noch, einige interessante Momente aus den Kongrefstagen kurz hervorzuheben.

Der III. Sitzungstag (7. September) war der Geburtstag Ferdinands v. Hebra. Nach Erledigung des ersten wissenschaftlichen Teiles begaben sich die Kongrefsmitglieder unter Führung des Ehrenpräsidenten Hardy nach den Arkaden der Universität, wo derselbe an der Büste Hebras dessen eminentes Talent und Verdienste in schlichten Worten betonte und hierauf einen mächtigen Lorbeerkranz niederlegte.

Wenige Minuten später — vom Ernsten zum Heiteren ist nur ein Schritt — liefs sich der II. internationale Dermatologen-Kongrefs in einem Gruppenbilde verewigen.

Weil wir einmal beim 7. September sind, so erinnern wir uns mit besonderem Vergnügen des an demselben Tage unternommenen Ausfluges nach Baden bei Wien. Durch die Liebenswürdigkeit und Gastfreundschaft der Kurverwaltung und der Badener Ärzte nahm die Exkursion einen glänzenden Verlauf. Referent war der sorgsamen Führung der Herren Kollegen Lederer und Raab senior anvertraut. Denselben sei

für ihre Liebenswürdigkeit und für die interessante Belehrung bei Besichtigung des Bades der herzlichste Dank hier dargebracht.

Über die zahlreichen, prächtigen, von den Wiener Kollegen veranstalteten Festivitäten hinweg gelangen wir zur Schlufssitzung des Kongresses. Dieselbe fand Samstag, den 10. September, 1 Uhr nachmittags, statt.

Präsident Prof. KAPOSI hebt mit grofser Befriedigung den allseitig gelungenen Verlauf des Kongresses, die reichen, wissenschaftlichen Verhandlungen, die zahlreich angeknüpften persönlichen Beziehungen, die gegenseitige Anregung zu neuer Arbeit hervor und dankt in warmen Worten allen Mitgliedern für ihren ernsten Eifer während der Verhandlungen, den Vertretern der auswärtigen Länder, dem Rector Magnificus Hofrat LUDWIG, dem Ehrenpräsidenten HARDY, der gewissermafsen alle hervorragenden Eigenschaften der Versammlung repräsentiere.

Herr HUTCHINSON-London schlägt als Ort des nächsten Kongresses London vor. Diese Einladung erfolge nicht blofs als eine persönliche, sondern im Namen der Londoner dermatologischen Gesellschaft und sämtlicher Londoner Ärzte.

HUTCHINSONS Vorschlag wird per acclamationen angenommen und ebenso der Vorschlag von MALCOLM MORRIS, das Präsidium des III. Kongresses Herrn HUTCHINSON zu übertragen.

Herr HARDY-Paris dankt für seine Wahl zum Ehrenpräsidenten und hebt besonders die Verdienste des Organisationskomitees für das volle Gelingen des Kongresses hervor.

Hierauf erklärt Präsident Prof. KAPOSI den II. internationalen Dermatologischen Kongrefs für geschlossen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 5. Juli 1892.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

Vorsitzender: Herr LEWIN. Schriftführer: Herr ROSENTHAL.

1. Herr JOSEPH stellt ein junges Mädchen mit **Chloasmata** vor, die sich über die ganze Gesichts-, Nacken- und Brusthaut ausgedehnt haben, seit dem sechsten Lebensjahre bestehen und fast die Haut so verändert haben, dafs man an Morbus Addisonii denken könnte. Da die Affektion keine weiteren Fortschritte gemacht hat, so ist differential-diagnostisch Xeroderma pigmentosum auszuschliefsen. Die eingeschlagene Therapie, im Gesicht HEBRAsche Sommersprossensalbe, am Stamm Chrysarobin, ist bisher erfolglos geblieben. Es soll ein Versuch mit Acidum carbolicum liquefactum gemacht werden.

Herr LEWIN schlägt therapeutisch das Sublimat vor.

2. Herr JOSEPH demonstriert ferner ein junges Mädchen, das an sog. **Angio-Keratomen** der Hände leidet. Auf den Streckseiten der Finger finden sich neben den Resten der geheilten Frostbeulen rotbläuliche Gefäfserweiterungen, die mit hornigen, borkigen Ansammlungen bedeckt sind. Die Affektion ist zwar häufig, doch selten in der Litteratur beschrieben. Seitdem J. einen einschlägigen Fall in der

Berl. **Med.** Gesellschaft vorgestellt hat, sind von mehreren Ärzten ihm entsprechende Beobachtungen mitgeteilt worden. Die Affektion hat sich auch hier wie in allen bekannten Fällen im Anschlufs an Pernionen gebildet. Anatomisch ist das Krankheitsbild, durch seinen Namen beschrieben, absolut charakteristisch. Die Behandlung mit heifsen Sandbädern und dem Mikrobrenner ist von Nutzen gewesen, jedoch sind Recidive häufig.

Diskussion.

Herr LASSAR erwähnt, dafs er die Affektion in jedem Winter häufig beobachtet habe, ohne sie als Krankheit sui generis aufgefafst zu haben. Nicht nur an den Händen, sondern relativ oft auch an den Füfsen, seien Angiokeratome von ihm gesehen worden in Anschlufs an Venektasien. Bei der Behandlung sei der Paquelin von grofsem Nutzen, weil er nicht nur einzelne Gefäfse direkt vernichtet, sondern durch den thermischen Reiz auch andere anastomosierende Blutbahnen thrombosiere und so zur Verödung bringe.

Herr SAALFELD hat bei einem 40jährigen Manne mit Störungen der Abdominal-Zirkulation und dementsprechend starken Venektasien besonders der Unterextremitäten (namentlich starke Vergröfserung des rechten Ober- und Unterschenkels) neben zahlreichen Angiomen auch eine Reihe von Angiokeratomata gesehen.

Herr LEWIN glaubt wegen der Symmetrie der Affektion an nervöse Einflüsse.

3. Herr JOSEPH stellt dann einen Fall von **Psoriasis vulgaris universalis** vor, der sich keiner äufseren Behandlung unterziehen wollte. Arsen innerlich hatte früher sehr bald Intoxikationserscheinungen im Gefolge gehabt, deshalb wurden Arseninjektionen gemacht, die gut vertragen wurden, und nach Verbrauch von 0,51 g Natrium arsenicosum wurde ein schöner Erfolg erzielt. Besonders bemerkenswert ist bei dem Patienten die Psoriasis der Nägel.

4. Herr JOSEPH macht bei einem als Gast anwesenden Arzte auf eine noch nicht beschriebene **Nagelerkrankung** aufmerksam. Derselbe hatte früher an Sycosis parasitaria und Herpes tonsurans gelitten. Seit einiger Zeit begannen auf dem Nagel des linken Zeigefingers sich dem Nagelrande parallele Furchen zu bilden, innerhalb welcher der Nagel spontan oder bei geringerer äufserer Gewalteinwirkung abbrach. Herr JOSEPH möchte die Affektion Onychia circinata nennen. Das ganze Krankheitsbild unterscheidet sich wesentlich von der Onychomycosis tonsurans. Pilze, die an Herpes hätten denken lassen können, sind nicht gefunden, wohl aber zahlreiche Mikroorganismen konstatiert worden. Therapie: Sublimat.

Diskussion.

Herr LEWIN hat viel Psoriasiskranke mit Arseninjektionen behandelt und bei innerlicher Verabreichung keinen grofsen Erfolg, dagegen bald Recidive gesehen, so dafs er die Arsenbehandlung aufgegeben hat. Er will ferner zwei ähnliche Nagelerkrankungen beobachtet haben.

Herr SAALFELD sah in einem Falle an Stelle der konvexen eine konkave Oberfläche des Nagels.

Herr LASSAR weist auf die einschlägige Arbeit PELLIZZARIS hin, empfiehlt ferner zur Behandlung den Karbol-Sublimatpflaster-Mull.

5. Herr PETERS stellt einen Patienten mit **Reinfectio syphilitica** vor; derselbe ist vor ca. 10 Jahren in der Charité an einem Ulcus und konsekutiver Drüsenvereiterung behandelt worden. Im Verlaufe der Krankenhausbehandlung entstand ein Exanthem, das nach 30 subkutanen Injektionen wieder schwand. Nach seiner Entlassung hatte er noch über Halsaffektion zu klagen. Drei Jahre darauf verheiratete er sich. Seiner Ehe entstammen zwei gesund geborene und gesund gebliebene Kinder. Seine Frau hat in der dritten und vierten Gravidität im zweiten und siebenten Monat abortiert.

Zur Zeit zeigt der Patient eine typische Sklerose, der Drüsenschwellung und nach einigen Wochen ein Exanthem folgte, das große Ähnlichkeit mit dem früheren haben sollte; jetzt besteht noch Haarausfall. Das Allgemeinbefinden ist erheblich beeinträchtigt.

Diskussion.

Herr Rosenthal rät, allen solchen Fällen gegenüber in der Diagnose vorsichtig zu sein. Durch Reizung einer Erosion, wie z. B. durch den Lapisstift, kann leicht eine Verhärtung der Basis eintreten, die Anlaſs zur Annahme eines neuen Ulcus durum giebt, während es sich in Wahrheit um eine Erscheinung handelt, die in das Kapitel Syphilis und Reizung gehört.

Herr Ledermann erwähnt einen von Pospelow beschriebenen, dem vorgestellten ganz analogen Fall. Den Fall selbst hält er für absolut beweiskräftig. Differentialdiagnostisch macht er auf einen in seiner Behandlung befindlichen Patienten aufmerksam, der ein Geschwür zeigte, das einem harten Schanker sehr ähnlich war und auch von anderer Seite dafür gehalten wurde. Jodkalium brachte in kurzer Zeit eine so prompte Rückbildung, daſs an der Diagnose einer gummösen Neubildung wohl kein Zweifel blieb. Der von Rosenthal bezüglich der Anwendung des Lapisstiftes bei Ulcerationen am Penis gegebenen Warnung schlieſst sich Redner voll und ganz an, indem er rät, auch bei Nichtsyphilitischen mit der Anwendung des Lapisstiftes bei Penisgeschwüren vorsichtig zu sein, da sich nicht selten harmlose Geschwüre verhärten und dann irrtümlich zu der Diagnose einer Sklerose führen.

Herr Lewin hält den vorgestellten Fall für typisch und freut sich, daraus wiederum einen Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis entnehmen zu können.

6. Herr A. Lewin stellt im Auftrage Posners einen Gonorrhoiker mit einer **Penisfistel** vor. In die Fistel, die keine Verbindung mit der Harnröhre hat, kann eine mäſsig starke Sonde $14^1/_2$ cm weit hineingeführt werden. Das Sondenende ist alsdann in der Gegend der Symphyse zu fühlen. Dieser der Harnröhre parallel verlaufende Gang wird am besten als der verlagerte Ausführungsgang einer Cowperschen Drüse angesehen. Das Sekret, das aus dem Ganzen exprimiert werden kann und auch von dem Kranken beim Coitus entleert wird, ist hell, schleimig, fadenziehend. Es bestand Gonorrhoe der Fistel, und sind Gonokokken nachzuweisen. Spermatozoen wurden in dem Fistelsekret niemals gefunden. Ein Zusammenhang mit der Harnröhre ist ebenso wie ein Konnex mit der Prostata auszuschlieſsen. Vom Rectum aus ist der Sondenknopf in der Fistel nicht zu fühlen. Die Penisfistel soll durch Operation geschlossen werden.

Herr Prof. Lewin erwidert darauf, daſs er einen Mann mit 3 Fisteln behandelt, welche von den Littréschen Drüsen ausgehen. Er hat ferner Fisteln öfters bei Periurethritis cavernosa gesehen, die häufig in Ulcerationen übergehen. Gonorrhoisch erkrankte Fisteln füllen sich öfters so prall, daſs sie die Härte von harten Schankern zeigen. Manche Fisteln öffnen sich an der Radix penis und geben zu Deviationen bei der Erektion Anlaſs.

7. Herr C. Benda: **Über die Physiologie der Hautdrüsen.**

Das bisher übliche Einteilungsprinzip der Hautdrüsen nach ihrer Morphologie in acinöse und tubulöse führt zu mannigfachen Schwierigkeiten. Bei einzelnen Drüsen herrschen Zweifel, welcher Kategorie sie zuzurechnen sind. So stehen nach der Flemmingschen Einteilung die Mollschen und Circumanaldrüsen am nächsten den Knäueldrüsen; die Milchdrüse, welche B. gleichfalls zu den Hautdrüsen rechnet, gilt allgemein als acinöse Drüse und muſs trotzdem zu den tubulösen Drüsen gerechnet werden. Auch die Talgdrüsen zeigen in ihrer Entwickelung einen durchaus tubulösen Typus, der so lange sich erhält, als keine Sekretstauung besteht. Erst dann nehmen

sie den acinösen Charakter an. Besser als die histologische ist die Einteilung nach den physiologischen Leistungen der Drüsen. Die einen liefern ihr Sekret durch Zellmetamorphosen. Dazu gehören die Talgdrüsen. Der Vorgang der Sekretbildung wird vom Vortragenden näher erörtert und besonders auf die mitotischen Kernteilungsfiguren hingewiesen. Der Inhalt der ältesten Zelle erleidet eine fettige Metamorphose, die Kerne bilden sich zurück. Als Paradigma des Vorganges demonstriert B. Präparate der Meiboomschen Drüse. Diesen gegenüber stehen die Schweifsdrüsen, bei welchen keine mit der Sekretion zusammenhängende Zellveränderungen beobachtet werden. Die Drüsengänge verändern sich nur durch verschiedene Spannungen des Lumens je nach der Menge des Sekrets. Gröfsere Schweifsdrüsen besitzen ein hohes cylindrisches Epithel mit cuticulärer Abgrenzung gegen das Lumen zu. Im Innern der Zellen finden sich kleine Körnchen, selten Fetttröpfchen. Von der Milchdrüse nimmt B. im Gegensatze zu Nissen an, dafs die Sekretion durch Trans- und Exsudation, nicht durch die Drüsenzellen selbst erfolgt. Auch bei den Achselhöhlenschweifsdrüsen geht von den Zellen selbst nichts zu Grunde, sie produzieren kein Fett. Die angeblichen Zellveränderungen sind Phänomene der verschiedenen Spannung. Ein Analogon dafür ist das Verhalten des Blasenepithels bei den verschiedenen Spannungsverhältnissen. Ebensowenig wie die Schweifsdrüsen Fett produzieren, produzieren auch die Ohrenschmalzdrüsen kein Fett. Jede Ohrenschmalzdrüse steht in Verbindung mit einer kleinen Talgdrüse, welche ihr fettiges Sekret in den Ausführungsgang der Drüse ergiefst. B. illustriert den Vortrag durch Demonstration zahlreicher mikroskopischer Präparate.

Diskussion.

Herr Ledermann ist nach seinen Untersuchungen der Ansicht, dafs Fetttröpfchen nicht nur im Ausführungsgang, sondern auch im eigentlichen Knäuel der Schweifsdrüsen vorkommen.

Herr Lewin glaubt, dafs im Schweifse jedenfalls sich Fett auch unabhängig von der Thätigkeit der Talgdrüsen findet. Auf der Vola manus und Planta pedis fehlen Talgdrüsen, trotzdem enthält das Sekret der betreffenden Hautstellen Fett. Ist die Fettbildung eine mangelhafte, so kommt es bekanntermafsen zur Sklerodermie. Er fragt ferner den Vortragenden nach dem Sekretionsmodus der Thysonschen Drüse deren Sekret zur Einfettung der Glans penis eine grofse praktische Bedeutung hat.

Herr Benda hat die Thysonsche Drüse nicht speziell untersucht. Er glaubt, dafs eine Fettbildung auch ohne Drüsen durch Umwandlung von Zellen der Epidermis z. B. am inneren Blatt des Präputiums möglich ist. Wenn in den Schweifsdrüsen Fett vorkommt, so ist es jedenfalls nicht durch Zellmetamorphose entstanden.

8. Herr Lewin berichtet über den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von **Icterus melas und tertiärer Syphilis.** Die Kranke fing bald darauf an zu fiebern, es stellten sich Schüttelfröste ein, und der Exitus ist vor einigen Tagen erfolgt. Die Sektion ergab einen grofsen, den Ductus choledochus verstopfenden Stein mit konsekutiver Entzündung der Gallengänge.

9. Herr Lewin demonstriert das **Femur eines hereditär syphilitischen Kindes,** sowie einen mikroskopischen Schnitt der Epiphysengrenze des Knochens. (Conf. das Referat über diesen Gegenstand in der heutigen Nummer, S. 462.)

Besprechungen.

Über den seborrhoischen Zustand der Haut und seine Beziehungen zu den Dermatosen, speziell der Akne, von G. Jacques. (Paris, H. Jouve. 1892.) Verfasser unterscheidet eine physiologische und eine pathologische Seborrhoe, welche letztere eine anomale Steigerung des physiologischen Prozesses darstellt. Bezüglich der Topographie der normalen Fettsekretion werden die Arbeiten von Arnozan und Aubert besprochen, worüber in dieser Zeitschrift mehrmals referiert worden.

Mit der Ätiologie der pathologischen Seborrhoe bringt Verfasser, entsprechend der in Frankreich durchwegs verbreiteten Ansicht, die verschiedenen Diathesen, ganz besonders aber gastro-enteritische Störungen in kausalen Zusammenhang. Äufsere Momente, wie Heredität, der Einflufs des Geschlechtes und Klimas, moralische Eindrücke, die spezielle Beschaffenheit der Haut (Dicke, Färbung), spielen hierbei keine Rolle, oder können höchstens eine bereits bestehende Seborrhoe beeinflussen. Als Belege für seine Ansicht führt Verfasser die verschiedenen Hautaffektionen an, welche nach Genufs gewisser Speisen und Medikamente auftreten; ferner stützt er sich auf die Statistik verschiedener Autoren, welche im Verein mit gastrischen Störungen (Dilatation, chronische Gastritis etc.) einen relativ hohen Prozentsatz von Dermatosen vorgefunden haben. Dessen Zusammenhang stellt er sich in der Weise vor, dafs durch Vermittelung des Vagus von seiten des Magens auf periphere Nerven und Haut ein Reflex ausgeübt wird, oder aber, dafs von der Magenschleimhaut resorbierte toxische Substanzen auf die Talgdrüsen reizend einwirken.

Als sekundäre Dermatosen, die sich immer auf dem Boden einer Seborrhoe entwickeln, führt er die Acne simplex und die Pityriasis versicolor an. Dahin gehört auch das Eczema seborrhoicum Unnas, das keine Affektion sui generis darstellt, sondern dadurch entsteht, dafs auf Grund einer Seborrhoe durch Infektion von aufsen eine Dermatose (Ekzem) hinzutritt.

Entsprechend seiner Theorie über den gastrointestinalen Ursprung der Seborrhoe zerfällt die Therapie in eine innere (allgemeine) und eine äufsere (lokale). Die erstere sucht eine sorgfältige Desinfektion und Roborierung der Magendarmschleimhaut zu erstreben (Naphtol, Wismut etc.; Salzsäure, Amara; Mineralwässer; Sorge für Leiböffnung etc.). Die äufserliche Behandlung beruht auf dem Prinzipe der Hautantisepsis und besteht in Applikation von Schwefelbädern, täglichen Seifenabwaschungen, Waschungen und Pinselungen mit antiseptischen Lösungen. Für die Nacht läfst er gegen Zersetzung widerstandsfähige Pulver (Zinkoxyd, Talk) auftragen oder Salben aus

Vaselin	20,
Lanolin	10,
Talk	10,
Zinkoxyd	5,
Dermatol	2.

Zur Vermeidung sekundärer Dermatosen mufs diese Behandlung der Seborrhoe möglichst frühzeitig eingesetzt werden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Prophylaktische und klinische Abhandlung über die Pellagra, von C. Lombroso. (Torino, Fratelli Bocca, 1892.) Das 400 Seiten starke, mit 20 Tafeln ausgestattete Werk ist das Resultat 29jährigen Studiums dieses Gegenstandes. Dasselbe

liefert an der Hand sorgfältig ausgeführter mikroskopischer, bakteriologischer und experimenteller Untersuchungen neue Belege für die vom Verfasser längst ausgesprochene Ansicht, daſs die Ursache der Pellagra im Genusse von verdorbenem Mais zu suchen sei. Aus demselben geht hervor, daſs der verdorbene Mais eine groſse Menge von Pilzen enthält, von denen jedoch keiner einen direkten Einfluſs auf die Entstehung der Pellagra ausübt, andererseits aber die albuminoiden Bestandteile des Mais zersetzen und in fettige und toxische Substanzen zerlegen. Läſst man nämlich solche Maiskörner in 90° Alkohol digerieren, so entsteht eine immer tiefer rot sich färbende Tinktur, aus der sich 3 Substanzen isolieren lassen: ein rotes Öl, ein alkoholischer Extrakt (Pellagrozein) und ein glutinöser Körper. Verfasser hat nun 12 Individuen die Tinktur einverleibt und damit bei denselben Symptome hervorgerufen, welche mit denen der Pellagra in ihren wesentlichen Punkten ganz übereinstimmen. Gleichzeitig hat er die Beobachtung gemacht, daſs bei einem dieser 12 Individuen, welcher mit einer alten Psoriasis behaftet war, diese sich wesentlich besserte. Hierauf wurden 45 weitere Fälle verschiedener Hautaffektionen in gleicher Weise behandelt. Es zeigte sich ein sehr günstiges Resultat bei Psoriasis, Eczema, Ecthyma, Pityriasis. Ebenso wirkte, äuſserlich appliziert, das Öl bei Scabies und Chloasma. Keine Wirkung war hingegen zu konstatieren bei Acne und Favus.

Ferner wurden eine Reihe von Experimenten an Tieren (Frosch, Vogel, Katze, Hund etc.) gemacht, denen die aus der Tinktur gewonnenen Stoffe einzeln injiziert wurden. Hierbei erwies sich das Öl und besonders das Pellagrozein als auſserordentlich toxisch und in ihrer Wirkung zum Teile gewissen Alkaloiden (Strychnin) ähnlich.

Unter den Symptomen von seiten der Haut, welche sich auch zum Teile bei den Experimenten wiederfanden, werden angeführt: Neben dem Erytheme und den Telangiektasien hat Verfasser sehr oft eine bronzeartige Pigmentierung der Haut gesehen, bei einigen Patienten Chloasmata und Epheliden, besonders auf Brust und Stirn, denen zuweilen im Frühling masernähnliche Flecke vorangegangen waren. Frühzeitiges Auftreten von Runzeln; vermehrte Schweiſssekretion. Bemerkenswert ist ein gewisser Grad von Antagonismus zwischen dem Auftreten von Hauteruptionen und den nervo-muskulären Störungen, indem letztere beim Erscheinen der ersteren sich öfters zurückbildeten und verschwanden. Dilatation der Hautgefäſse des Gesichtes, speziell der Nase (Rosacea) sah er in einigen Gegenden regelmäſsig, in anderen wieder fehlten sie gänzlich. Wie andere Forscher hat auch L. beobachtet, daſs die Desquamation nicht proportional ist zur Schwere der Krankheit. In 4 Fällen hat er Hypertrophie der Fingernägel, Oedema palpebrarum und pedum nur in 3 Fällen gesehen.

Prophylaktisch verlangt L. allgemein Einführung von Austrocknungsapparaten (essicatori) für den Mais, die sich ausgezeichnet bewährt haben.

Therapeutisch ist am meisten vom Arsenik zu erwarten.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Regulierung der nächtlichen Harnentleerung bei den Prostatikern, von P. Diday (Paris, Asselin et Houzeau, 1892). Eine Sammlung praktischer Ratschläge an die Prostatiker, vermischt mit Humor, wie wir es vom Verfasser zu lesen gewohnt sind. — Eine Heilung des Grundleidens, der Sclerosis vesico-prostatica, giebt es zwar nicht, doch läſst sich mit einer gewissen Dosis Geduld bei strenger Durchführung der angeführten Verhaltungsmaſsregeln der bedauernswerte Zustand der Dysurie wesentlich bessern und einer Verschlimmerung desselben vorbeugen. Vor allem muſs der Patient lernen, wie er urinieren soll; dies ist die Quintessenz der ganzen Behandlung. Die Prostata ist von einem Netze venöser Gefäſse umgeben, welche mit denen der Nachbarschaft (Rectum, Blase, Bulbus urethrae) kommunizieren.

Stasen in diesen Organen (Konstipation, Urinstagnation, Erektionen) werden demnach auch in der Prostata ihren Widerhall finden und hier Kongestion und Hypertrophie vermehren.

Der Patient erwacht aus dem Schlafe mit dem Drange, zu urinieren, hat natürlich nichts Eiligeres zu thun, als demselben so rasch wie möglich nachzugeben, wobei er sich in fruchtlosen Bemühungen ergeht, den Urin zu entleeren. Dieses erste Dranggefühl war jedoch ein blos scheinbares, nur durch die Gegenwart von Harn in der Blase verursacht, nicht aber durch den Reflex des Sphinkters, der sich noch unter dem Einflusse der im Schlafe kongestionierten Prostata befindet. Hier handelt es sich nun darum, diesem ersten Drange, unter Ablenkung der Gedanken von der Blase und möglichster Ausschaltung des Willens, nicht Folge zu leisten, vielmehr zu warten, und zwar zu warten — bis sich das deutliche Gefühl eines kalten Tropfens an der Harnröhrenmündung einstellt. Der Moment, die Blase zu entleeren, ist gekommen, wenigstens soweit es der Patient ohne Anstrengung thun kann. Damit wird einmal die Kongestion vermieden und zweitens für den Rest der Nacht die Ruhe gesichert. D. unterscheidet eine nächtliche und eine habituelle Kongestion der Prostata. Zur Vermeidung der ersteren soll der Patient bei der Abendmahlzeit möglichst wenig Flüssigkeiten, vor allem keine Alkoholica oder Thee genieſsen, für gehörige Leibesöffnung sorgen; er liege nicht auf dem Rücken, sondern auf der (rechten) Seite; keine Federbetten! Die Präventivmaſsregeln gegen die habituelle Kongestion sind einleuchtend und beziehen sich zum Teil auf das Geschlechtsleben.

Zum Schlusse warnt D. vor dem unüberlegten Gebrauche des Katheters, der zum Teil groſse Gefahren mit sich führt und andererseits nicht rascher zum Ziele führt, als das beschriebene Verfahren. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Studien über die Verhornung der menschlichen Oberhaut, von Behn (*Arch. f. mikrosk. Anatomie,* Bd. 34.) Zander hat in einer Arbeit (*Untersuchungen über den Verhornungsprozeſs,* II. Mitteilung) zwei Typen von Verhornung unterschieden; der eine findet sich nur an Stellen, wo die Hornschicht eine beträchtliche Dicke besitzt, (vola, planta etc.), der andere an der übrigen Haut. Die Zellen des Typus *A* sind von einem glänzenden, homogen erscheinenden Saume umgeben, zeigen im Centrum einen hellen Fleck (leere Kernhöhle) und dazwischen ein Netzwerk allerfeinster Fädchen; die Hornschicht des Typus *B* besteht aus Lamellen, etwa doppelt so dick wie bei *A*, die ein Netzwerk bilden. Die Zellen im Typus *B* sind vollkommen verhornt, bei *A* finden sich noch protoplasmatische Reste. — Behn hat diese Untersuchungen nachgeprüft, indem er die von Unna empfohlene Verdauungsmethode benutzte; er bediente sich dabei Salzsäure - Pepsinlösungen, vor allem des Vinum pepsini Blell. Er fand den Typus *A* auch an anderen Stellen als an der Hohlhand etc.; dagegen fanden sich bei verdauten Schnitten keine Unterschiede zwischen *A* und *B*, da die intrazellulären Fäden verdaut wurden; damit wird die Aufstellung zweier Arten von Oberflächenverhornung hinfällig. Die Mantelverhornung der Zellen beginnt schon mit oder vor dem Auftreten von Keratohyalin. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Vorkommen spezifisch färbbarer Körner im menschlichen Fettgewebe, von Gerlach. (*Virchows Archiv.* Bd. 125. S. 114. — *Centralbl. f. Pathol. u. patholog. Anatom.* 1892. No. 10.) Verfasser fand bei 50% aller Fälle im Innern des Protoplasma der Fettzellen um den Kern kleinste, runde, oft zu zweien angeordnete Körperchen, die sich wie die Tuberkelbazillen färbten, aber auch in anderer Weise. Er vermutet, daſs sie harmlose Mikroparasiten sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Aubert hat die Versuche Arnozans (referiert *Monatshefte,* Bd. XIV. pag. 426) zum Nachweis der **Verteilung der normalen Fettsekretion der Haut** fortgesetzt. Er bediente sich des von Forgeot entdeckten Verfahrens, welches auf der Methode der Tintenabdrücke beruht und wobei die Fettsubstanz den Farbstoff fixiert. Auf diese Weise lassen sich Fettspuren auf Papier übertragen. Da jedoch der Methode der Übelstand anhaftet, daſs die Abdrücke auf dem dunklen Grunde nicht leicht sichtbar sind, so wird sie besser in der Weise modifiziert, daſs Äther, Chloroform, Methylchlorür oder Schwefelkohlenstoff benutzt werden. Auf Grund seiner Experimente ist nun A. der Ansicht, daſs die Knäueldrüsen der Haut Fett sezernieren. Überhaupt üben die Knäueldrüsen bei der Fettsekretion eine, wenn auch untergeordnete, so doch ausgesprochene Rolle.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Frage nach dem Ursprung des Pigments, von F. Winkler. (Mitteilung des embryol.-histol. Instituts der Univ. Wien 1892, bei Hölder.) Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen an dem Ei von Bufo cinereus zu dem Ergebnisse, daſs sich Pigment schon in den frühesten Entwickelungsstadien findet; das Pigment, welches dem Ei vom Mutterboden mitgegeben ist, ist hämatogenen Ursprungs; die Bildung des Pigments während der Entwickelung erfolgt durch Umwandlung der Dotterplättchen; Pigment findet sich in allen drei Keimblättern, am wenigsten im Mesoderm. In den Zellen, welche eine Höhle umschlieſsen, liegen die Körnchen an der der Höhle zugewendeten Fläche und bilden einen Saum. Jede Zellthätigkeit, die zu einer neuen Bildungsform führt, veranlaſst auch eine Vermehrung des Pigments im Protoplasma. Die Pigmentbildung in den ersten Stadien hängt nicht mit der Umwandlung des Hämoglobins zusammen, da in diesen Stadien noch keine Blutgefäſse vorhanden sind. Möglicherweise wird aber in anderen Fällen Pigment durch Umwandlung von Blutfarbstoff gebildet. In späteren Stadien finden sich Pigmentzellen mit Körnchen, welche sich durch lebhafte Molekularbewegung auszeichnen. Das Pigment ist mit dem Keratohyalin nicht identisch. *F. Hahn-Bremen.*

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Zur Frage der Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose, von J. T. Bowen. (*Boston. med. u. surg. Journ.* 1891. Oktbr. 10.) Bei der histologischen Untersuchung zweier Fälle von Lichen syphiliticus und Hodengumma fand der Verfasser in allen untersuchten Teilen Riesenzellen, aber keine Tuberkelbazillen. Vorauszuschicken ist, daſs die Patienten nicht tuberkulös waren. Impfversuche mit Kaninchen fielen negativ aus. Es kann daher von einer „Mischinfektion“ beim Lichen syphiliticus nicht die Rede sein. (Bekanntlich waren Neumann und Unna die ersten, die in syphilitischen Produkten[1] (Initialsklerose) Riesenzellen fanden. Der Referent.)

P. Taenzer-Bremen.

---

[1] Siehe Unna, Weiterer Beitrag zur Anatomie der syphilitischen Initialsklerose. *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1878. pag. 570 ff.

Über natürliche und erworbene Immunität, von EMIL SCHWARZ. (*Wiener med. Wochenschr.*, 1892, No. 3.) Bei Gelegenheit eines Vortrages über Immunität kommt der Vortragende auch auf die Syphilis zu sprechen. Der Ansicht FINGERS, dafs die tertiär-syphilitischen Erscheinungen als Wirkungen der Stoffwechselprodukte anzusehen seien, stehen doch die zweifellos nachgewiesenen Fälle von Infektion durch gummöse Affektionen entgegen. Vielleicht lassen sich die Immunität einerseits, die tertiären Erscheinungen andererseits erklären durch eine Umwandlung der ursprünglich aëroben Syphilismikrobien im Blute in die anaëroben Gewebsparasiten. Das COLLESsche Gesetz von der Immunität der Mütter syphilitischer Kinder lasse sich teils erklären dadurch, dafs syphilitische Erscheinungen vorhanden gewesen sind, die aber nicht zur Beobachtung gelangten, teils aber auch den FINGERschen Ansichten gemäfs als eine Immunisierung durch die Stoffwechselprodukte, welche ja zweifellos die Placenta passieren können, die ja im normalen Zustande für Mikrobien zweifellos nicht durchgängig sind. Die „bakteritische" Erkrankung ist keine notwendige Voraussetzung der Immunität.

(Sollten nicht auch häufig oder sogar meistens krankhafte Veränderungen der Placenta in solchen Fällen vorhanden sein, welche den Übertritt der Mikrobien selbst ermöglichen? Sind denn die Placenten syphilitischer Früchte wirklich daraufhin genügend untersucht? Kommen nicht vielleicht doch häufig Hämorrhagien im Laufe der Gravidität in der Placenta vor, deren Spuren später kaum nachweisbar sind? Ich glaube, dafs viel eingehendere und im grofsen Umfang vorzunehmende Untersuchungen der Placenta bei Syphilis gehören, bevor man bei der Immunität der Mütter syphilitischer Kinder die Überwanderung der Mikrobien selbst — nicht nur ihrer Stoffwechselprodukte — wird mit Bestimmtheit ausschliefsen können. Der Referent.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Wirkung des Lammblutserums bei Syphilis und Lupus, von P. TOMMASOLI. (*Gaz. degli Ospitali.* Nr. 70. 1892.) Verfasser hat bereits früher über eine erste Versuchsreihe referiert (*Gaz. degli Ospitali.* Nr. 28. 1892; Referat diese Zeitschr. Bd. XV. pag. 88.) Von den 6 Patienten dieser Reihe haben inzwischen 2 Recidive gezeigt; bei dem einen mufste wegen Intoleranz die Kur eingestellt werden. Die vorliegende Publikation enthält die Resultate einer zweiten Versuchsserie. Von den 10 Patienten derselben waren 4 mit Syphilis, 3 mit Lupus, einer mit Ulcus rodens faciei behaftet. Was die Syphilitiker anlangt, so bewährte sich die Methode in 3 Fällen (darunter das eine Recidiv der ersten Reihe), einer recidivierte. Das Quantum des injizierten Serums betrug im Mittel 50 ccm, die Zahl der Injektionen 11; auch diesmal zeigten sich mehr oder weniger hochgradige Intoleranzphänomene. Die Patienten mit Lupus und der eine mit Ulcus rodens hingegen zeigten sich in therapeutischer Beziehung völlig refraktär gegen die Methode. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Die Prinzipien der neueren Syphilistherapie, kritisch beleuchtet, von S. EHRMANN. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* Juni 1891.) EHRMANN legt in der Arbeit seine Ansichten über den Wert der verschiedenen therapeutischen Mafsnahmen bei Syphilis dar: Die Exzision des Primäraffekts kann bei günstigem Sitze vorgenommen werden, ohne allerdings sich über den Erfolg grofsen Illusionen hinzugeben. Die Präventivkur kann bei Primäraffekten im Gesicht und an den Händen, ausgedehnten ringförmigen Sklerosen am Penis nötig werden, schiebt aber sonst nur das Auftreten der Allgemeinerscheinungen auf. — Jodkalium hat auch im sekundären Stadium bei pustulösen Syphiliden, Cephalalgie eine gute Wirkung; bei schwereren Prozessen im tertiären Stadium ist es mit Hg zu kombinieren. Bei der Schmierkur ist für magere Personen mit gröfseren Poren weniger Ungt. ciner. nötig. Bäder während derselben

sind zu empfehlen, ebenso viel Aufenthalt im Freien. — Von der Verwendung löslicher Salze zur Injektion rät E. ab, da sie zu schnell ausgeschieden werden, um versteckte syphilitische Herde zu heilen; je schwerer löslich das Präparat ist, desto wirksamer ist es. Er benutzt nur 30%ige Ol. ciner.-Lösung. — Eine gemäſsigte intermittierende chronische Quecksilberbehandlung empfiehlt E.: Nach der ersten Behandlung 2—3 Monate Ruhe, dann 70—100 Pillen von 0,02 Protojoduret. hydrarg.; nach Ablauf des ersten Halbjahres eine Kur mit Ol. ciner. Im zweiten Jahre zwei Inunktionskuren oder Einspritzungskuren. — Die Abnahme tertiärer und hereditärer Lues, die E. glaubt konstatieren zu können, wird auf die bessere und energischere Behandlung zurückgeführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

1. **Über die hypodermatische Behandlung der Syphilis,** von J. Neumann. (*Allg. Wien. med. Zeit.* 1891. No. 28. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.)

2. **Über die Behandlung der Syphilis mit Asparagin-Quecksilber,** von J. Neumann. (*Wien. med. Blätter.* 1892. No. 9. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.)

Obgleich die hypodermatische Methode nach seinen Beobachtungen sowohl bei Anwendung löslicher wie unlöslicher Salze Recidive zur Folge hat und der Inunktionskur weit nachsteht, hält N. sie doch besonders in ambulanter Behandlung für unentbehrlich, zumal dieselbe in Fällen anwendbar ist, in welchen die Haut zu Inunktionen sich nicht eignet, so bei ausgedehnten Narben, Psoriasis, Ichthyosis, Ekzemen, senil veränderter Haut, kongenitaler Atrichie etc. Bei schwerer Syphilis (Gehirn, Retina, Iris) muſs man zu Inunktionen greifen. Die löslichen Präparate erfordern eine zu groſse Zahl von Injektionen; von den unlöslichen hebt N. hervor das Hydrargyrum thymolo-salicylicum und das Hydrargyrum oxydatum flavum, die in der Regel keine Schmerzen und Infiltrate bewirken. Das Jodoform erfordert eine groſse Zahl von Injektionen, scheint aber Recidive besser zu verhüten und die Dolores osteocopi rasch zum Schwinden zu bringen. — Kalomel und Oleum cinereum bewirken stets Infiltrate. — N. zieht allen anderen Präparaten das Thymolquecksilber vor.

In der zweiten Publikation berichtet N. über ein schon 1880 dargestelltes Quecksilberpräparat, das Asparagin-Quecksilber, mit dem er 37 Fälle behandelt hat; es wurde täglich 0,01 subkutan injiziert. Günstige Erfolge; Zunahme des Körpergewichts; Stomatitis nur in einem Falle (ausnahmsweise mit 0,02 pro die behandelt). Schon 24 Stunden nach der ersten Injektion im Harn 0,0008 bis 0,0013 Hg; Schmerzen gering. Das Präparat kann den besten löslichen Präparaten zur Seite gestellt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Quecksilbertannat bei der Behandlung der Syphilis, von Charles W. Allen. (*Med. Rec.* 41. 1./1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.) Folgende Vorteile soll das Quecksilbertannat haben: 1. Es ist nicht leicht zersetzlich; 2. es wird leicht assimiliert und eliminiert; 3. groſse Dosen können gegeben werden; ein erheblicher Teil wird resorbiert; 4. verursacht nicht leicht Salivation; 5. macht keine Diarrhoen und Gastroenteritiden: 6. von Kindern wird es in Dosen von 0,02—0,04 gut vertragen; 7. keine Magenreizung, da es erst im alkalischen Darminhalt zersetzt wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Syphilisbehandlung mit 5%igen Sublimatinjektionen, von Wladimir Lukasiewicz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 30.) Von dem Wunsche beseelt, rasche, intensive Heilwirkung mit seltenen Injektionen ohne die Gefahr der kumulativen Wirkung bei Anwendung unlöslicher Quecksilbersalze zu verbinden, prüfte L. zuerst 3%, dann 5% Sublimatkochsalzlösung. Es wurde wöchentlich eine Injektion gemacht, ausnahmsweise in schweren Fällen alle 4—5 Tage ohne unangenehme

Nebenwirkungen. Die Zahl der Injektionen richtete sich nach dem Einzelfalle. Ort: die Glutäen. Leichte und schwere Fälle wurden herangezogen, soweit nicht die Konstitution der Kranken die Behandlung mit grofsen Quecksilberdosen überhaupt verbot. 100 Fälle (68 Männer, 32 Weiber) wurden in dieser Weise behandelt, 578 Injektionen gemacht; der einzelne Fall erhielt 4—12 Injektionen. Von den Kranken litten 22 an gummösen Affektionen. Präventivkuren wurden nicht vorgenommen. — Der Erfolg war bei allen Formen der Syphilis ein prompter, selbst in Fällen, in welchen die Inunktionskur versagt hatte. Fünf gravide Frauen vertrugen die Kur anstandslos. Von all' den Kranken sind vier Kranke wegen Recidive in der Klinik erschienen, drei wegen Schleimhauterkrankungen, einer wegen schweren grofspapulösen Syphilids. In letzterem Falle wurde dieses durch 5%ige Sublimatinjektionen beseitigt, nachdem 20 Inunktionen und Jodkalium nichts gefruchtet hatten. — Übrigens betont Verfasser, dafs der Wert einer Statistik über die Häufigkeit der Recidive nach einem bestimmten Heilverfahren ein illusorischer ist; um dieser Statistik Geltung zu verschaffen, müfsten die Kranken Jahrzehnte beobachtet sein. Parallelversuche mit 30% Oleum cinereum (LANG) und Sozojodolquecksilber (SCHWIMMER) fielen zu Gunsten der 5%igen Sublimatinjektionen aus. — Die Schmerzhaftigkeit der Injektionen ist nicht bedeutend und individuell verschieden, niemals gröfser als nach Oleum cinereum oder Hydrargyrum sozojodolicum. Infiltrate leichter Art waren nur bei drei Individuen vorhanden. Das Allgemeinbefinden blieb gut, Stomatitiden wurden nicht beobachtet; ein nach der ersten Injektion zuweilen auftretender Speichelflufs war nicht bedeutend und schwand schnell. Leichte Diarrhoen waren wohl als zufällige anzusehen; Albuminurie trat nicht auf, eine vorhanden gewesene schwand sogar Vermehrung der Urinmenge war oft vorhanden, Polyurie kam nicht vor. Bei elf Patienten stieg nach der ersten Injektion die Temperatur auf 38° bis 39°. — In den ersten Tagen Steigerung des spezifischen Gewichts des Blutes, das nach 6 Tagen wieder normal wurde; wahrscheinlich war die Resorption grofser Sublimatmengen die Ursache. Die Vermehrung der Blutkörperchen war eine relative, durch Eindickung des Blutes bedingte. Schon in den ersten 24 Stunden Hg im Urin nach der Methode von LUDWIG nachgewiesen.

L. empfiehlt diese Injektionen besonders, wo es sich um eine rasche Wirkung handelt (Nervenkrankheiten etc.), als bequem und prompt wirkend auf das angelegentlichste.

(Was wir aus den Versuchen mit 5%iger Sublimatlösung lernen, ist vor allem, dafs wir ungestraft viel höhere Dosen löslicher Salze auf einmal dem Körper zuführen können, als wir es bisher gewagt. Es ist das von gröfster Wichtigkeit. Nun haben die 5%igen Sublimatlösungen, soweit ich es in Wien im vorigen Winter beobachtete, doch relativ oft heftige Schmerzen, Fieber etc. zur Folge, während allerdings es andere Patienten giebt, die auf dieselben lokal fast gar nicht reagieren und nicht mehr klagen als bei 1%igen Sublimatinjektionen. Ich habe Leute gesehen, die zwei Tage zu Bett haben liegen müssen; ein Teil blieb nach der ersten Injektion weg. Auch L. sind fünf ambulante Fälle nach der ersten Injektion weggeblieben, was wahrscheinlich auch für eine grofse Schmerzhaftigkeit spricht. Da es nun zweifellos ist, dafs die starke Schmerzhaftigkeit nicht der Sublimatmenge, sondern der Konzentration der Lösung ihre Entstehung verdankt, würde ich vorschlagen, statt einer Spritze einer 5%igen Lösung lieber — natürlich auf mehrere Stellen verteilt — mehrere Spritzen einer dünneren, etwa einer 1½%igen Lösung alle Woche zu injizieren, die ja sicher viel weniger schmerzen wird. Man erreicht so dieselbe Dosis von Sublimat, ohne an einer Stelle heftige lokale Reizerscheinungen zu machen, die womöglich empfindliche Patienten für mehrere Tage berufsunfähig machen. Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Zähne und die Syphilis, von G. G. FAUGHT. (*Med. Record.* 40. 17./1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.) Eine junge Dame erkrankte bald nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Symptomen, die schliefslich sich als syphilitische erwiesen. Die Entstehung der Infektion wäre auf die Manipulation des Zahnarztes um so eher zurückgeführt worden, als die Wunden im Munde geschwürig waren, jedoch stellte sich zweifellos heraus, dafs die Patientin durch den Kufs eines mit syphilitischen Mundaffektionen behafteten Mannes infiziert war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Versuch einer Behandlung der hypertrophischen Plaques muqueuses mit Tannin, von PAUL THIÉRY. (*Gazette méd. de Paris.* Septbr. 1891. *Dtsche. Med.-Ztg.* 1892. No. 58.) Durch seine adstringierende Wirkung wandelt das Tannin die nässenden, hypertrophischen Kondylome schnell in flache, schuppende Papeln um.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Anämie bei hereditärer Syphilis. Vorläufige Mitteilung, von Dr. JOHANN LOOS. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 20.) Die Blutuntersuchung bei 16 hereditär syphilitischen, bekanntlich meist anämischen Kindern ergab: Hämoglobingehalt stets vermindert; in maximo 74% (nach FLEISCHLS Hämometer); das Minimum war 20%. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist in leichten Fällen normal, bei stärkerer Anämie aber stark vermindert. Morphologisch zeigen die roten Blutkörperchen manches Interessante: Am auffälligsten ist die grofse Zahl der Megalo- und Mikrocyten, wie man sie nur noch bei perniciöser Anämie findet, so dafs die Gröfse zwischen 1,39 und 15,29 μ schwankte. Die Riesen- und Zwergblutkörperchen sind flache, dellenlose, intensiver gefärbte Scheiben. Zweitens ist das Vorkommen kernhaltiger Erythrocyten bemerkenswert, die Verfasser nur in einem Falle (wohlgenährtes, wenig blasses Kind) vermifste; in schweren Fällen sind sie reichlich vorhanden und auch Gigantoblasten unter ihnen zu finden. Sie zeigen ein vom Verfasser näher erörtertes besonderes Verhalten gegen basische Anilinfarben. — Die weifsen Blutkörperchen waren stets vermehrt, und zwar entsprach der Grad der Leukocytose stets der Schwere der Erkrankung. Die Lymphocyten schwankten zwischen 10% und 33,7%; die eosinophilen Zellen zeigten ein sehr ungleichmäfsiges Verhalten. Verfasser glaubt, dafs die eosinophilen Zellen um so reichlicher vorhanden waren, je ausgedehnter die spezifischen Exantheme entwickelt waren, wie sie ja auch bei anderen Dermatosen vermehrt gefunden sind. Aufserdem finden sich grofse mononucleäre Leukocyten besonders in schweren Fällen, aber nicht sehr zahlreich; sie scheinen den MÜLLERschen Myeloplaxen, Markzellen zu entsprechen. Schliefslich fanden sich in einem Falle Leukocyten mit basophilen Granulationen, gleich den EHRLICHschen Mastzellen. In einem Falle hat Verfasser Mitosen weifser Blutkörperchen gesehen. — Ähnliche Blutveränderungen kennt er nur bei Anaemia splenica und schwerer Rhachitis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Syphilis hereditaria tarda, von HENDRIK. (*La Policlinique.* No. 9. 1892.) H. stellte einen mit genannter Affektion behafteten 16jährigen Knaben vor. Die Krankheitserscheinungen waren vor circa 4 Jahren aufgetreten und bestehen nun bei stark heruntergekommenem Allgemeinbefinden in gleichmäfsiger, hochgradiger Schwellung beider Tibiae; dieselben sind, die Konvexität nach aufsen, leicht gekrümmt (Säbelbeine); heftige Dolores osteocopi. Einige Schneidezähne zeigen den HUTCHINSONschen Typus. Um den Mund zahlreiche Narben, von ulcerösen Prozessen herrührend; die übrige Körperhaut frei von solchen. Ulcerationen des weichen Gaumens. Keratitis, Iritis, Ozaena. Der eklatante Erfolg der KI-Therapie bestätigt die bereits nach dem charakteristischen Symptomenbilde gestellte Diagnose.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Beginnende Erkrankung der Epiphysen der Röhrenknochen eines Neugeborenen, von Prof. Dr. Lewin. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 34. 1892.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 20. Juli stellte Herr L. ein neugeborenes Kind mit beginnender Erkrankung der Epiphysen der Röhrenknochen vor. Es ist bekannt, dafs bei hereditär-syphilitischen Kindern oft eine Erkrankung der Epiphyse der langen Röhrenknochen gefunden wird, welche schliefslich zur Ablösung der Epiphyse von der Diaphyse führt. Auf diese hat er zuerst genauer schon im Jahre 1868 aufmerksam gemacht und die er richtig als Chondritis gummosa beschrieben hat. Als Vorstadium dieser Ablösung hat L. eine eigentümliche Haltung der Hände beobachtet, welche in lähmungsartiger Weise vom Arme herabhängen, wie dies auch bei dem vorgestellten Kinde der Fall sei. Er zeigt dazu ein betreffendes Knochenpräparat von einem solchen an hereditärer Syphilis verstorbenen Kinde vor, bei welchem er die Diagnose auf Syphilis längere Zeit vor dem Tode stellte und welche durch die Sektion bestätigt wurde. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Trophoneurose als Faktor bei den Erscheinungen der Syphilis, von G. F. Lydston. (*Adresses and Essays,* Fred Klein & Co., Chicago.) In dieser interessanten Abhandlung verteidigt Verfasser ausführlich seine Ansicht, dafs die Erscheinungen der sekundären und tertiären Syphilis sich in einfacher Weise als Äufserungen einer Trophoneurose erklären lassen. Das Gift der Syphilis attackiere das Centralnervensystem, namentlich das sympathische, und dieses wiederum führe zur Entwickelung der bekannten Symptome, so des Fiebers, der Roseola, Alopecie etc. Bei allen diesen Symptomen spielt die Idiosynkrasie eine grofse Rolle. Verfasser weist auf die bekannte Empfindlichkeit mancher Individuen gegen manche Nahrungsmittel (Krustentiere u. dergl.) und Medikamente (z. B. Copaiva) und die Entstehung von Fieber und Hautausschlägen infolge der Aufnahme derselben hin. Dafs namentlich die Alopecie weniger durch lokale Entzündung als durch trophoneurotische Störungen bedingt ist, wird jedermann geneigt sein, zuzugeben. Ferner macht Verfasser auf das häufige Vorkommen von Störungen im Trigeminusgebiet aufmerksam, sowie auf die ebenfalls auf trophoneurotische Veränderungen hindeutenden Zerstörungen ganzer Knochenstücke (Kiefer, Nase) bei ganz minimaler Eiterung oder Entzündung. Auch an den Knochenveränderungen bei kongenitaler Syphilis erkennt L. einen trophoneurotischen Faktor. Dementsprechend sind auch die üblichen Medikamente (Hg und KI) nicht eigentlich Gegengifte, sondern sie dienen nur zur Anregung eines rascheren Umsatzes in den Geweben, und namentlich das Hg ist wohl im stande, geradezu die gleichen Zerstörungen zu bewirken wie die Syphilis selbst.
Philippi-Nieheim.

Ein Fall von circinatem, papulo-erythematösem Syphilid nebst Psoriasis palmaris syphilitica, von G. F. Lydston. (*Med. News.* 30. Juli 1892.) Bei einer 24jährigen Frau, die vier Monate zuvor einen Schanker acquiriert hatte, konstatierte Verfasser die beiden in der Überschrift genannten Affektionen. Das Gesicht war der Sitz mehrerer zum Teil kreisförmiger, zum Teil halbmond- und achterförmiger Syphilodermata. Ohne die beiden beigegebenen Photogramme läfst sich eine genauere Schilderung schlecht wiedergeben. *Philippi-Nieheim.*

Über cerebrospinale Syphilis, von Friedel Pick. (*Prager med. Wochenschr.* 1892. No. 24 und 25.) Wir finden vorwiegend zwei Lokalisationen der für die Lues charakteristischen Veränderungen im Zentralnervensystem: erstens in den Meningen und der Nervensubstanz als diffuse Infiltration mit Bildung speckiger, sülziger Massen besonders an der Hirnbasis oder in Form umschriebener Tumoren; zweitens in den Gefäfsen als eine bis zum Verschlufs derselben führende Endarteritis. Meistens kommen

beide Lokalisationen kombiniert vor; eher kann die letztgenannte isoliert auftreten. Verfasser führt nun drei charakteristische Fälle mit Obduktionsbefund genau vor. Im ersten Falle multiple Gummen in den basalen Hirnteilen und dem Rückenmark; im zweiten neben den seltenen miliaren syphilitischen Produkten an der Dura spinalis und im Rückenmark eine gummöse basale Meningitis mit Degeneration der aufsteigenden Quintuswurzel; im letzten eine typische HEUBNERsche Endarteritis mit Erweichung im Pons. — Erwähnenswert ist noch, dafs beim zweiten Falle trotz der Degeneration der aufsteigenden Quintuswurzel und 2 Jahre lang bestehender Anästhesie des Trigeminus keine trophische Störungen auftraten, wie man sie nach JOSEPHS Angaben hätte erwarten müssen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Verbreitung der Syphilis durch Cigarren, von W. S. GOTTHEIL. (*New York med. Journ.* 1892. No. 12.) Eine 18jährige Cigarrenarbeiterin hatte sich eine Initialsklerose an der Unterlippe zugezogen, der in der üblichen Zeit Roseola, Drüsenschwellungen, Plaques muqueuses folgten. Sie infiziert ihre neben ihr arbeitende Kollegin, die mit ihr dasselbe Trinkgeschirr benutzt. Die letztere acquiriert eine typische Initialsklerose an der Oberlippe mit folgender Drüsenschwellung, makulösem Syphilid und ulzerierenden Papeln an den Genitalien.

Beide haben während ihrer Krankheit die Arbeit nicht niedergelegt, sondern die letztere hat sogar die Cigarren fertig gemacht, d. h. sie mufs einen Teil des Deckblattes abbeifsen, die Spitze der Cigarre mit ihrem Speichel befeuchten und die Spitze formen. (Eine feine Marke!) *P. Taenzer-Bremen.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Behandlung der Ekzeme, von E. BESNIER (*Journ. des mal. cut. et syphil.* 1892. S. 114.) Unter der Bezeichnung Ekzem werden eine grofse Menge der verschiedenartigsten Hautkrankheiten zusammengefafst. Diese Formen sind oft sehr schwierig zu behandeln und setzen der Therapie hartnäckigen Widerstand entgegen. Auf Überraschungen mufs man immer gefafst sein. Wer Erfolge erzielen will, mufs vor allem die Ausführung seiner Verordnungen beständig überwachen. Rücksicht auf den Geldbeutel des Patienten ist hier am wenigsten angebracht.

Nicht jedes Ekzem soll behandelt werden, da demselben zuweilen die Bedeutung eines Gegenreizes, einer Ableitung zukommt. Dieser Gesichtspunkt mufs namentlich bei Kindern in Erwägung gezogen werden. Bei Erwachsenen richtet sich die Behandlung nach dem Sitz der Krankheit und der Natur des Befallenen. Auch die Anamnese und der sonstige Status praesens verlangen jedesmal Berücksichtigung. Die Ernährung mufs geregelt werden. Seefische und Schalentiere, Schweinefleisch, Wild und Gewürze sind im allgemeinen zu verbieten, jedoch sind für jeden einzelnen Fall die Vorschriften zu ändern und zu ergänzen. So verkehrt es ist, die Diät bei der Behandlung ganz zu vernachlässigen, wie die Ärzte das in anderen Ländern zu tun pflegen, ebenso verkehrt handeln die französischen Ärzte, indem sie sich ängstlich an eine bestimmte Diät klammern.

Jedes Ekzem verlangt seine besonderen Medikamente. So erwiesen sich z. B. bei frischen Ekzemen Skrofulöser die Schwefelverbindungen sehr nützlich; bei fetten, gichtischen, diabetischen Leuten sind die alkalinischen Mittel mehr angezeigt; Arsen kommt im späteren Verlauf chronischer Ekzeme zur Verwendung, kann aber bisweilen auch im Beginn gereicht werden, wenn es in grofsen Gaben vertragen wird. Überhaupt bildet der Arsen das wertvollste Mittel der ganzen Behandlung; auch von sub-

kutanen Einspritzungen desselben hat Besnier Nutzen gesehen. — Brunnenkuren können die Heilung wesentlich unterstützen.

Für die örtliche Behandlung stehen uns reizlose Pulver, feuchte Einpackungen und fettige Verbände zur Verfügung; alle drei Arten haben ihre besonderen Vorzüge und besonderen Indikationen.

Die Hauptsache ist und bleibt, dafs der Arzt die Behandlungsweise aus eigener Anschauung lernt. Das blofse Nachlesen in Büchern genügt nicht.

Türkheim-Hamburg.

Über die Natur der Pityriasis rosea, von Dr. O. Lassar. (*Deutsch. med. Wochenschr.* No. 21.) Der Aufsatz bezieht sich auf den in der Dermatologischen Vereinigung zu Berlin gehaltenen Vortrag. (Referat s. diese Zeitschr. Bd. XV. pag. 280.

L. Hoffmann-Berlin.

Epidemische Dermatitis, von Th. Savill. (*Brit. Med. Journ.* 25. Juni 1892. Die in den Monatsheften Bd. XV. Nr. 1 u. ff. beschriebene Epidemie ist im Paddington Infirmary wieder aufgetreten, wenn auch mit geringerer Intensität und in beschränkter Zahl. Immerhin sind schon 6 bis 8 Fälle gegenwärtig im Hospital, und die Symptome stimmen genau mit den bereits geschilderten überein. *Philippi-Nicheim.*

Styptisches Kollodium bei Ekzem, von B. W. Richardson. (*The Asclepiad.* Vol. VIII. pag. 338. 1891. Nach dem *Brit. med. Journ. of Derm.* Mai 1892.) Styptisches Kollodium (Styptic Colloid) ist eine gesättigte Lösung von Gerbsäure und Xyloidin oder Schiefsbaumwolle in absolutem Alkohol und reinem Äther. Zuerst wird das vollständig gereinigte Acidum tannicum mehrere Tage mit absolutem Alkohol digeriert Dann wird reiner, absoluter Äther zugesetzt, bis die dicke alkoholische Mixtur vollkommen flüssig wird. Schliefslich setzt man Schiefsbaumwolle zu bis zu dem Punkte, wo dieselbe aufhört, sich mit Leichtigkeit zu lösen. Zur Verbesserung des Geruchs kann ein wenig Benzoin zugesetzt werden. Das Mittel wird täglich einmal aufgepinselt oder mit Äther (āā) als Spray benutzt. Es reizt nicht, und die Resultate sollen nichts zu wünschen übrig lassen. *Philippi-Nicheim.*

Pemphigus neonatorum, bakteriologisch und epidemiologisch beleuchtet, von Almquist. (*Zeitschr. f. Hygiene.* Band X. *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* 1892. No. 10.) Bei einer Epidemie von Pemphigus neonatorum in Göteborg fand Verfasser konstant einen dem Staphylococcus pyogenes aureus ähnlichen Coccus Infektionsversuche ergaben stets nur Blasen, nicht furunkulöse Affektionen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cartaz veröffentlicht in den *Annales laryngol., Sept.* 1891, einen Fall von **ekzematösem Erythem** nach Einblasung von Salol in die Nase. Nach Aussetzung des Mittels hörte der Ausschlag sofort auf. Innerlich wurde dasselbe sehr gut vertragen. (Referiert in *Journ. des maladies cut. et syph.* 1892. S. 127.) *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von kongenitaler, hereditärer, symmetrischer Keratodermie, von Azua. Aus dem Spanischen übersetzt von E. Chatelain. (*Journal des maladies cut. et syph.* 1892. S. 101.) Der jetzt 28jährige Karabinier litt von seiner Geburt an Keratodermie der Hände und Füfse. Sein Vater hatte dieselben Symptome gezeigt, desgleichen sein zur Zeit 2½ Jahre alter Sohn. Aufserdem sind bei ihm auch Ohren und Nase befallen, was sich bei keinem der anderen bis jetzt bekannten Fälle verzeichnet findet. Die vorliegende Krankengeschichte bietet auch in sofern eine Abweichung von den früher veröffentlichten, als bei ihr die Krankheit sich nur im Winter unter der Einwirkung des Frostes einstellte, um im Sommer fast ganz wieder zu verschwinden. Brachte Patient den Winter in einem wärmeren Klima, z. B. in Sevilla, zu,

so blieb er von der Verhornung verschont. Letztere war an den Händen so hochgradig, daſs die Finger eine Stellung einnahmen, als umfaſsten sie etwa eine Billardkugel. Der Kranke konnte sie dann nicht beugen und vor heftigem Schmerz auch nicht strecken. Im Frühjahr, wenn es wärmer wurde, lieſs sich die verhornte Haut dann wie Handschuhfinger abstreifen. Darunter erschien eine gesunde, zarte Epidermis. — Jede Therapie erwies sich machtlos gegen das Leiden. *Türkheim-Hamburg.*

Nach Dewèvre spielen die Läuse sowohl bei der Ausbreitung wie bei der Übertragung der **Impetigo** eine wichtige Rolle. Bevor man daher an die Behandlung der letzteren geht, soll man immer erst auf jene fahnden. (*Journal des maladies cut. et syph.* 1892. S. 206.) *Türkheim-Hamburg.*

Gegen die **Psoriasis des Kopfes** empfiehlt E. Besnier folgende Salbe:

Sapon. alcalin. moll.		
Vaselin.	āā	100,0
Ichthyol.		10,0
Acid. salicyl.		
Acid. pyrogall.	āā	5,0

Sowie Reizung des behaarten Kopfes entsteht, ist die Salbe auszusetzen. (*Journ. des maladies cut. te syph.* 1892. S. 155.) *Türkheim-Hamburg.*

Über Impetigo herpetiformis, von William Dubreuilh. (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1892. S. 353.) In dieser umfangreichen Arbeit liefert Verfasser eine eingehende Beschreibung des Krankheitsbildes der Impetigo herpetiformis einschlieſslich ihrer Anatomie, Diagnose, Prognose und Ätiologie. Als Grundlage dienen ihm 10 Krankengeschichten, deren eine (No. 10) aus seiner eigenen Klinik stammte und ein männliches Individuum von 53 Jahren betraf. Fünf weitere, ebenfalls noch nicht veröffentliche Beobachtungen (No. 2—6) sind ihm von Kaposi zur Verfügung gestellt. Die vier übrigen sind der Litteratur, und zwar sämtlich der deutschen, entlehnt.

Verfasser teilt völlig den Standpunkt von Hebra-Kaposi, die in der Impetigo herpetiformis eine Krankheit sui generis erblicken. Er hebt die charakteristischen Merkmale dieser Dermatitis, — das ausschlieſsliche Vorkommen von stecknadelkopf- bis linsengroſsen Pusteln, ihr Auftreten, namentlich in der Cruro-Genital-Gegend, ihre kreisförmige Anordnung, den fieberhaften Verlauf, die Störung des Allgemeinbefindens, die Neigung zu Rückfällen, namentlich bei erneuerter Schwangerschaft, und den oft tödlichen Verlauf — mehrfach nachdrücklich hervor und weist auf die wesentlichen Unterschiede von Herpes gestationis, Pemphigus, Pemphigus vegetans, Dermatitis herpetiformis Duhring u. s. w. hin. Duhring selber hatte bekanntlich die Impetigo herpetiformis zuerst für eine pustulöse Varietät seiner Dermatitis herpetiformis erklärt, wurde aber durch die Arbeit Kaposis über diesen Gegenstand (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie* 1887. S. 273) von der Irrigkeit seiner Auffassung überzeugt. In dem kritischen Teil seiner Arbeit analysiert Dubreuilh ferner verschiedene Beobachtungen, die von Auspitz, Heitzmann, Pataky u. s. w. als Impetigo herpetiformis veröffentlicht wurden, die aber nach des Verfassers Auffassung nicht dahin gehören, so daſs im ganzen ungefähr 17 gut beobachtete Fälle übrig bleiben, von denen 13 — auch des Verfassers eigener Fall — tödlich endeten.

Die Autopsie hat niemals eine gleichmäſsige Todesursache ergeben; bisweilen schien der Tod durch den Befund überhaupt nicht genügend erklärt.

Die Ätiologie tappt noch in völligem Dunkel. Fest steht nur, daſs die Krankheit sich mit Vorliebe bei Frauen gegen Ende der Schwangerschaft einstellt, und daſs eine erneuerte Schwangerschaft, selbst wenn lange Zeit dazwischen liegt — in einem

Fall (No. 8) noch nach 19 Jahren — ihr Wiedererscheinen begünstigt. — Der bakteriologische Befund ist einstweilen noch völlig nichtssagend. D. bezweifelt übrigens auch die infektiöse Natur der Krankheit. — Therapeutisch haben sich Dauerbäder noch am besten bewährt. *Türkheim-Hamburg.*

Die antiseptische Behandlung der Tinea und Alopecie mit der Essence de Cannelle de Chine, von Busquet. (*Annal. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 269.) Nach vorhergehenden günstigen Versuchen mit Kulturen auf verschiedenen Nährmedien hat Verfasser das Ol. Cinnamom. aeth. in ätherischer Lösung (10,0 : 30,0) bei Alopecie und Favus angewandt und dabei selbst in Fällen, die jahrelanger Behandlung getrotzt hatten, die günstigsten Erfolge erzielt. Die Behandlung dauerte im Durchschnitt 3—5 Wochen. Unangenehme Zwischenfälle sind nicht vorgekommen.

Türkheim-Hamburg.

Die Behandlung des Haarschwunds mit Jodkollodium, von E. Tison. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 239.) Tison spricht von der „Teigne tondante", die außerordentlich ansteckend ist und die er vom Favus und der Trichophytiasis streng geschieden wissen will. — In einem derartigen Fall nun hat er mit dem Chatelainschen Verfahren, nachdem andere Versuche vergeblich waren, die schönsten Erfolge erzielt. Das gesamte Kopfhaar wurde mittelst einer Schere möglichst kurz abgeschnitten, der Kopf mit Liquor van Swieten (Hydrarg. bichlor. 0,1 : Spirit. frum. 100,0) tüchtig abgerieben und die Plaques alsdann mit Jodkollodium (1,0 : 30,0) bepinselt. Die sich bildende Haut schilferte nach 5—7 Tagen ab. Alsdann erneuerte Waschung des Kopfes morgens und abends, bis dieselbe ganz entfernt war, darauf frische Pinselung u. s. f. bis zur Heilung. — Der wirksame Bestandteil ist das Jod; dasselbe wirkt aber nur in Verbindung mit dem Kollodium; als Jodtinktur hat Verfasser es vergeblich angewandt. *Türkheim-Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Primäre Endocarditis mit Erythema nodosum, von C. G. Chaddock. (*New York med. Journ.* 12. März 1892.) Ein 18jähriger Jüngling, der wegen Husten in ärztliche Behandlung kam und ein geringes Geräusch an der Herzspitze aufwies, zeigte an jedem Unterschenkel etwa sechs deutliche Stellen von Erythema nodosum. An den Gelenken war nichts Abnormes zu finden, doch trat nachher trotz Darreichung von Salizylsäure eine allerdings mäßige Entzündung an einigen derselben hervor.

Philippi-Nieheim.

Beitrag zum Studium des recidivierenden Erysipels, von D. Critzman. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 206). Bei einer Kranken, die mit jeder Menstruation um ein chronisches Ekzem am rechten Ohr ein Erysipel bekam, hat C. ein Stückchen aus der entzündeten Haut entfernt und dasselbe gründlich untersucht. Er erblickt in dem Erysipèle à répétition eine Dermolymphangitis acuta, bedingt durch den Streptococcus Fehleisen. Die Veränderungen der Haut bestehen in einer Leukocyten-Infiltration und einer Hyperplasie der festen Zellen, die stellenweise einer „hydropischen Degeneration" unterliegen. Die kleinen epithelialen Zellen der Lymphgefäße desquamieren völlig, und es bildet sich ein fibrinöses Netzwerk, das zahlreiche weiße Blutkörperchen einschließt und das Lumen der Gefäße ausfüllt. Am meisten werden die Lymphgefäße betroffen, die in dem Stratum reticulare der Cutis sitzen. Der Streptococcus erysipelatis sitzt in den Lymphkapillaren und infiltriert kolonienweise die ganze Papillarschicht der Cutis. Die Reinkultur dieses Streptococcus veranlaßte, auf Kaninchen überimpft, immer Erysipel; ebenso bei zwei Meerschweinchen, während es bei einem dritten nur zu einer Eiteransammlung kam.

Türkheim-Hamburg.

Behandlung des Erysipels nach Niehans, von Dr. Schneider. (*Centralbl. f. Chir.* No. 15. 1892.) Es wurden mehrere Gesichtserysipele derart behandelt, daſs man die gesunde Umgebung der erysipelatösen Stellen dick mit Kollodium bestrich. Nach dem Eintrocknen schnürt das Kollodium die kranken Stellen gegen die gesunden ab, so daſs sich die Erysipelherde „wallartig über dem Kollodiumstreifen auftürmten". Der Erfolg war ein sehr zufriedenstellender; die Besserung trat schon nach 2—3 Tagen ein. *P. Taenzer-Bremen.*

Ist das Erythema nodosum ansteckend? Von Lannois. (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 585.) Verfasser berührt kurz den jetzigen Stand dieser Frage, wonach die Kontagiosität des Erythema nodosum von einigen bestritten, von anderen für einzelne Fälle, von den dritten endlich überhaupt und unbedingt zugegeben wird, und berichtet folgende Beobachtung:

Im Hôpital de la Croix-Rouse zu Lyon wurde eine Patientin mit Rheumarthritis acuta und Erythema nodosum aufgenommen. Nacheinander erkrankten nun auch drei andere Patientinnen, die wegen anderer Leiden auf der Abteilung lagen, an Erythema nodosum. Mehrfach wiederholte Kulturversuche mit dem Blute aus den Knötchen blieben immer ergebnislos. Trotzdem hält Verfasser die Krankheit für infektiös, ohne allerdings diese mitgeteilte Beobachtung für hinreichend beweiskräftig zu erachten. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Bakterien der Elephantiasis nostras, von R. Sabouraud. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 592). Zwischen der Elephantiasis Arabum und der Elephantiasis nostras besteht nur dem Grad nach ein Unterschied. Bei beiden beobachten wir die ungeheure Volumzunahme der befallenen Extremität — meistens der Unterextremität; bei beiden kommt es zu häufigen lymphangitischen Anfällen in den erkrankten Teilen, mit Fieber und allgemeinem Unbehagen; bei beiden entsteht das Leiden durch Schmutz und Unreinlichkeit. Aber während wir für die Elephantiasis Arabum die bakteriologische Ursache in der Filaria sanguinis humani gefunden haben, fehlt uns für die häufig wiederkehrende Lymphangitis der Elephantiasis nostras noch das ursächliche Mikrobion.

Nun wurde S. durch eine Patientin, die vor dem ersten Auftreten einer Lymphangitis im Bein ein Gesichts-Erysipel durchgemacht hatte, auf die Vermutung gebracht, ob nicht der Streptococcus Fehleisen bei den häufigen Entzündungen in den elephantiastisch erkrankten Teilen eine Rolle spielen möchte. In drei Fällen, die ausführlich mitgeteilt werden, untersuchte er daraufhin das während eines lymphangitischen Anfalls dem Bein entnommene Blut und erhielt jedesmal reine Kulturen des Streptococcus Fehleisen. Daraus schlieſst er, daſs dieser Mikrobe in einer ätiologischen Beziehung zu den meisten, wenn nicht zu allen Fällen von Elephantiasis nostras stehe. *Türkheim-Hamburg.*

Amputation des linken Arms wegen Elephantiasis, von Rafin. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 340). Der Fall wurde in der Société des sciences médicales zu Lyon vorgestellt. Er betraf ein 19jähriges Mädchen, bei dem sich mit 12 Jahren am linken Ellbogen eine Geschwulst bildete, die als Angioma lipomatosum diagnostiziert wurde. Mit 17 Jahren begann dieser Tumor sich anfallsweise zu entzünden. Jede Entzündung hinterlieſs eine Volumvermehrung des Arms, so daſs derselbe zuletzt einen Umfang von 40 cm hatte. Da gleichzeitig der Allgemeinzustand der denkbar schlechteste war, so entschloſs sich Rafin zur Amputation in der Deltoides-Gegend. Die Heilung verlief mit einigen Zwischenfällen. Das Mädchen erholte sich völlig.

Der amputierte Arm wies Ödem und Hypertrophie von Bindegewebe und Haut auf; letzere war bis zu 4 cm verdickt. Längs den Gefäfsen fanden sich kleine Abscesse. In der Gegend der Vena humeralis verliefen Lymphgefäfse, die den nämlichen Anfang hatten, wie jene. *Türkheim-Hamburg.*

Das Rhinosklerom, von André Castex. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 161). Enthält neben einigen, an den Wiener Kliniken gemachten Beobachtungen einen eingehenden Bericht über den derzeitigen Stand der Rhinosklerom-Frage. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von Aktinomykose, von Thiriar. (Referiert aus *Mercredi médical.* 1891. S. 349, in *Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. S. 404). Die Patientin ernährte sich fast nur von Roggenbrot und Kartoffeln mit Speck. Der Tumor safs auf der linken Wange. Thiriar nimmt an, dafs die Übertragung durch das Roggenbrot erfolgt sei. *Türkheim-Hamburg.*

Heilung eines Falles von Sykosis durch interstitielle Elektrolyse, von Gautier. Das Leiden, das jahrelang allen Behandlungsarten Trotz geboten hatte heilte innerhalb zweier Monate nach zwanzigmaliger Anwendung der interstitiellen Elektrolyse. (*Journ. des malad. cut. et syphil.* 1892. S. 151). *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von Purpura infectiosa, von Launois und Courmont. (Referiert aus *Archive de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique* in *Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 672.) Der Fall verlief tödlich. Bei der Sektion fand man ein kleines Herz, enge Aorta, sehr kleine Nieren mit hämorrhagischen Flecken. Thymus erhalten. Die Drüsen, geschwollen, aber nicht vereitert, enthalten einige Mikrokokken; alle sonstigen Organe bakterienfrei. Aus der Pulpa der Drüsen werden Streptokokken-Kulturen gezüchtet, die, auf Kaninchen überimpft, bei dem einen ein typisches Erysipel, bei dem anderen eine eiterige Osteomyelitis verursachen. *Türkheim-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über das Keloid bei den Negern, von A. Clarac. (Nach einem Referat in *Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 317.) Die Neger besitzen eine besondere Anlage zur Bildung von fibrösem Gewebe, und die geringste Hautverletzung, gleichviel welcherlei Art, kann bei ihnen zu Keloid-Entwickelung führen. Letzteres kommt namentlich auf der Brust und den Ohrläppchen vor. An den letzteren kann es die Gröfse einer kleinen Apfelsine erreichen; es ist meistens gelappt und gestielt und von etwas hellerer Farbe als die gesunde Haut. Zu seinem Wachstum braucht es 2—3 Jahre und tritt häufig symmetrisch an beiden Ohrläppchen auf. In solchen Fällen tragen es die Negerfrauen mit einem gewissen Stolz und lassen es nur entfernen, wenn es durch seine Schwere lästig wird. *Türkheim-Hamburg.*

Umfangreiches Karzinom der Bauchwand, von H. Gautier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 108.) Dieser Fall ist in mehrfacher Beziehung bemerkenswert. Einmal sind die wirklichen Karzinome der Bauchwand im ganzen selten. Dann handelte es sich hier um einen sehr betagten Mann von 75 Jahren, der sich sonst allerdings bester Gesundheit erfreute. Die Geschwulst safs in der rechten Seite der Bauchhaut und hatte sich innerhalb 3 Jahren allmählich entwickelt. Sie war ulzeriert und verbreitete einen entsetzlichen Gestank um sich. Letzterer Umstand namentlich veranlafste den Kranken, auf eine Operation zu dringen, die auch glatt von statten ging, zumal der Tumor nicht mit dem Bauchfell verwachsen war. Die gleichzeitig mit-

exstirpierten geschwollenen Leistendrüsen erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung nicht krebsig entartet, sondern nur hypertrophisch. In der Narbe bildeten sich sehr schnell vier neue Knoten, die sofort mit dem Messer entfernt wurden. Patient verliefs die Klinik völlig geheilt, erkrankte aber bald darauf mit Schmerzen in der Brust und heftiger Dyspnoe und starb nach kurzer Zeit anscheinend infolge von Metastasen in Lunge und Mediastinum. *Türkheim-Hamburg.*

Kankroid der Regio supraclavicularis, mittelst interstitieller Elektrolyse geheilt, von Delineau. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 146.) Der Tumor, der von drei Ärzten als Krebs diagnostiziert war, bestand seit länger als einem Jahr. Die Heilung gelang unter nur mäfsiger Narbenbildung durch die interstitielle Elektrolyse. Bei diesem, von Gautier in die Therapie eingeführten, Heilverfahren werden anstatt der gebräuchlichen Nadeln aus unlöslichen Stoffen solche aus einem löslichen Metall, dem reinen Kupfer, verwandt. Das sich dabei bildende Kupferchlorür — oder Kupferoxychlorür, wie d'Arsonval in der Diskussion betont — wirkt in statu nascendi auf die Gewebe ein, indem es in die Zelleninterstitien dringt, ohne indessen zu kauterisieren. Gautier schreibt diesem Verfahren eine besondere, bakterientötende Kraft zu. *Türkheim-Hamburg.*

Onkologische Beiträge, von v. Dembowski. (*Deutsche Ztschrft. f. Chirurg.* 1891. *Heft* 3/4. *Centralbl. f. allg. Patholog. u. pathol. Anatom.* 1892 Nr. 10.)

1. Chondro-Endothelioma der Haut. Aus der Untersuchung einer vor der Ohrmuschel sitzenden Warze, die, weil sie zu wachsen begann und hart wurde, exstirpiert werden mufste, schliefst der Verfasser, dafs der Knorpel aus den gewucherten Endothelien der Blutgefäfse durch Metaplasie entstehe.

2. Ein Fall von sogenanntem Cylindrom. Der Tumor ging von der Nase aus, brach in die Stirnhöhle und Orbita durch, recidivierte 3 mal, schliefslich nach der Schädelhöhle und dem Antrum Highmori perforierend. In alveolären Epithelnestern entstehen kolloide Cysten, die später „organisiert" werden durch Hineinwachsen von Gefäfsen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über symmetrische primäre Karzinome, von S. Mandry. (Bruns *Beiträge zur klin. Chirurgie.* Bd. 8. *Centralbl. f. allg. Patholog. u. pathol. Anatomie.* 1892. Nr. 10.) M. beschreibt zwei in der Tübinger chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von symmetrischem primärem Karzinom: ein doppelseitiges, auf dem Boden alter Unterschenkelgeschwüre entstandenes und ein Karzinom beider Ohrmuscheln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lipome des linken Zeigefingers, von Dubar. (*Bull. et mém. soc. chir.* 1891. Nr. 10. *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatom.* 1892. Nr. 10.) Die Lokalisation der Lipome an der Hand ist aufserordentlich selten. Der Verfasser zählt 7 Fälle aus der Litteratur auf. Nicht namhaft gemacht ist die neue Arbeit von Steinheil (*Beiträge zur klin. Chirurg.* Bd. 8.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Idioneurosen.

Nach Brown-Séquard ist der Kaffee bisweilen an dem **Pruritus ani** schuld. Er berichtet über zwei Fälle, in denen nach Aussetzen des Kaffees jenes lästige Übel bald nachliefs, um sofort wiederzukehren, als die Patienten wieder anfingen, Kaffee zu trinken. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 251.) — (Wer sein Augenmerk darauf richtet, wird finden, dafs der dauernde Genufs von Kaffee und Thee auch noch andere nervöse Störungen im Gefolge hat. Der Ref.) *Türkheim-Hamburg.*

In einer Aufzählung der Mittel **gegen Pruritus und Prurigo** empfiehlt E. Barjon besonders das von Tenneson eingeführte Verfahren, die juckenden Teile mit Gummi-Guttapercha-Papier u. s. w. luftdicht zu umgeben. Auf diese Weise erzielt man oft schon nach 48 Stunden Heilung. *(Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 152.)

Türkheim-Hamburg.

Die Empfindung des Juckens, von E. B. Bronson. (*Med. Rec.* 18. Okt. 1890.) Der Begriff „Juckreiz" und „Jucken" ist nicht leicht ohne weiteres klarzulegen. Jedenfalls liegen die diese Empfindung übermittelnden Organe in der Epidermis, denn es ist dieselbe auf solche Krankheiten beschränkt, welche die äufserste Schichte der Haut (Scabies, Ekzem, Lichen planus etc.) affizieren, während z. B. das granulierende Geschwür erst dann anfängt zu jucken, wenn eine Hornschichte sich darauf entwickelt. Andererseits kann man die Empfindung des Juckens bereits durch die alleroberflächlichste Berührung, welche noch lange nicht eine Tast- oder Druckempfindung bedingt, erzeugen. Offenbar ist dieses Juckgefühl ein Überrest aus der Zeit des niedrigsten Entwickelungsgrades der Haut, aus der Zeit vor der Differenzierung der verschiedenen Organe derselben. Wie die Amöbe auf jede Berührung mit einem Fremdkörper das Bestreben äufsert, denselben von sich abzuwehren, wenn sie denselben nicht etwa als Nahrung in sich aufnehmen kann, ebenso hat man beim Jucken die Empfindung eines fremden Etwas auf der Haut, das unbedingt und selbst auf Kosten direkter Schmerzen durch mechanische Mittel, vorzüglich durch Reiben oder Abkratzen der Haut entfernt werden mufs und soll. Die Empfindungen von Druck, Temperatur, Tasten sind nachgewiesenermafsen an gewisse nervöse Gebilde, bestimmte, durch pathologische Prozesse, zuweilen isoliert affizierte Nervenfasern, sowie die Endorgane, die als Meissner- und Paccinische Körperchen, Krausesche Kolben bekannt sind, und die von Pfitzner und Unna beschriebenen intrazellulären Nervenendigungen gebunden. Der Juckreiz dagegen wird durch die gänzlich undifferenzierte Epidermis übermittelt und ist am ganzen Körper fast gleich hochgradig entwickelt. Ferner ist bemerkenswert, dafs dieser Reiz sich bald als höchst unangenehm, bald als wollüstiger Art äufsert. Das Kratzen beim Jucken ist auch oft geradezu mit einem wollüstigen Gefühl verbunden, und die Empfindungen bei geschlechtlicher Berührung (welche zwar als Organe der Hauptvermittelung auf Penis und Clitoris zu beziehen sind) werden auch als aphrodisiasischer Sinn in verwandter Weise wie das Jucken erzeugt. Verfasser schliefst mit folgenden Sätzen:

1. Es giebt eine Empfindung der Berührung, welche unabhängig ist von dem beim Palpieren in Thätigkeit tretenden Sinne (Verfasser nennt letztere Pselaphasie nach dem Griechischen „Tasten"). 2. Es ist dieses derjenige Sinn, der beim Pruritus in einen leidenden Zustand versetzt wird. 3. Diese Empfindung betrifft zunächst einfache Hautnerven oder Nervenendigungen, die oberflächlich und wahrscheinlich in der Epidermis gelegen sind. 4. Die beim Pruritus eintretende Störung ist eine Art Dysästhesie, die auf der Ansammlung oder Verlagerung von nervösen Reizen nebst mangelhafter Übertragung der entstehenden Kraft in die entsprechenden Formen der Nervenenergie beruht. 5. Das Kratzen lindert den Pruritus, indem es den Reiz in freier liegende Nervenbahnen überleitet, wobei manchmal, namentlich bei den höheren Graden, an Stelle des Pruritus schmerzhafte oder wollüstige Empfindungen treten. 6. Das Wollustgefühl, das beim Pruritus bestehen kann, ist Äufserung eines verallgemeinerten aphrodisiasischen Sinnes, der eine Phase einer im Berührungssinne liegenden gemeinsamen Empfindung darstellt. *Philippi-Nieheim.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Fälle von Urethritis membranacea desquamativa. Argyrie der Harnröhre, von H. Feleki. (*Intern. Centralbl. f. Path. u. Phys. d. Harn- u. Sexualorg.* Bd. III. Heft 7.) Feleki beschreibt zwei Fälle, in denen sich nach lange bestehendem Tripper bei der endoskopischen Untersuchung der Harnröhre die Schleimhaut derselben in ihrer Elastizität herabgesetzt, mit einer gleichmäfsig dicken Epithelschicht bedeckt fand. Es entleerten sich mehrere Centimeter lange, cylindrische Röhren, die in dem zweiten Fall durch lange gemachte Argentum-Injektionen schwarzbraun gefärbt waren, und die einen exakten Abgufs des Harnröhren-Inneren darstellten. Mikroskopisch zeigte es sich, dafs dieselben aus Plattenepithelien bestanden. Es handelt sich also in diesen Fällen um Anhäufung eines vielschichtigen hornigen Plattenepithels bei langanhaltendem Tripper mit reaktionslosem Verlauf; nach Abstofsung desselben durch reizende Injektionen trat bald Heilung ein, da der Prozefs sich nur oberflächlich abspielt, andererseits aber die dicken Auflagerungen gleichsam einen die Gonokokken schützenden Panzer bildeten. *F. Hahn-Bremen.*

Über angeborene Penisfistel, von Englisch. (*Intern. Centralbl. f. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorg.* Bd. III. Heft 7.) Englisch fügt den 7 bisher beschriebenen derartigen Fällen 2 eigene Beobachtungen hinzu. In allen Fällen safsen die Gänge genau in der Mitte des Gliedes, verliefen anfangs direkt unter der Haut und senkten sich im weiteren Verlauf mehr in die Tiefe, um in der Gegend der Schambeinfuge zu endigen. Die Öffnung lag immer am Rücken des Gliedes, an der Eichel, dem Eichelkranze oder weiter nach hinten. Die äufsere Mündung ist verschieden weit, läfst sich leicht dilatieren; auch die Länge der Gänge ist verschieden, doch endigen sie sämtlich blind. Diese Fisteln sind als Lymphfisteln gedeutet, doch ist diese Ansicht leicht zu widerlegen, da nie eine Entzündung des Gliedes vorangegangen war. Klebs deutete sie als geheilte Epispadie, doch müfste man dann eine Narbe oder Spuren einer doppelten Harnröhre, die in der Blasensubstanz endigt, finden, was nicht der Fall ist. Da nach dem mikroskopischen Befunde es sich unzweifelhaft um einen Drüsenausführungsgang handelt, so halten einige diese Fisteln für den Ausführungsgang eines abnorm gelagerten Prostatalappens; nun entwickelt sich aber die Prostata innerhalb der Fascia perinei propria, während diese Gänge aufserhalb derselben endigen; auch wird übereinstimmend von den Autoren geschildert, dafs dieselben ein fadenziehendes Sekret produzieren; dies pafst für die Cowperschen Drüsen, während das der Prostata mehr serös ist.

Die Cowperschen Drüsen haben auch normalerweise 5—8 cm lange Ausführungsgänge, die erst am vorderen Teil des Bulbus in die Harnröhre münden; bei Neugeborenen werden diese Gänge häufig verschlossen gefunden, und so ist leicht erklärlich, dafs sie auch verlagert gefunden werden können. Von praktischer Bedeutung sind diese Fisteln dadurch, dafs die Heilung etwaiger entzündlicher Prozesse, besonders der Blennorrhoe, schwierig ist. Adstringierende Injektionen führen Besserung herbei; ebenso Ätzungen, doch sind diese in den tiefen Partien nicht ohne Gefahr. Die sicherste Operation ist die Spaltung oder Ausschälung des Ganges mit vollständiger Zerstörung des Restes von Drüsensubstanz, der sich am blinden Ende findet.

F. Hahn-Bremen.

Ein weiterer Beitrag zur Salolbehandlung des akuten und chronischen Blasenkatarrhs, von B. Arnold. (*Therap. Monath. No. 5.*) Verfasser hat wiederholt Gelegenheit gehabt, das Salol bei akutem und chronischem Blasenkatarrh mit günstigem Erfolge anzuwenden; selbst in Dosen von 2,0 dreistündlich steigerte es bei akuter Cystitis die Reizsymptome nicht, vielmehr liefsen Harndrang und Fieber nach. Die Wirkung

des Salols besteht darin, dafs es 1. den alkalischen Urin sauer macht, 2. den faulen Geruch beseitigt. 3. Der trübe Urin klärt sich, das eiterig-schleimige Sediment nimmt stetig ab, wird leichter, flockiger und verschwindet meist vollständig. 4. Die Harnmenge wird in der Regel vermehrt. 5. Vom Magen wird das Mittel sehr gut und längere Zeit vertragen, wodurch es alle anderen gegen Cystitis empfohlenen Mittel übertrifft. 6. Es ist bei Blasenausspülungen ein gutes Unterstützungsmittel, namentlich. wenn nur sehr schwache antiseptische Lösungen vertragen werden.

L. Hoffmann-Berlin.

Polyp der männlichen Harnröhre, von H. GOLDENBERG. (*New York. Med. Record,* Nov. 91.) Der Patient litt seit 2 Jahren an Schmerzen beim Wasserlassen und bei der Kohabitation, hatte schmerzhafte Pollutionen, häufigen Drang zum Wasserlassen, der Urinstrahl war dünn, er mufste beim Wasserlassen einige Minuten warten, ehe der Urin kam; es bestand reichlicher Ausflufs; in seiner Jugend hatte Patient öfter Attacken von Gonorrhoe gehabt. Auf Sol. Kalii permang. 1 : 1000 sistierte der Ausflufs. Per Endoskop sah G. dann, dafs die vordere Harnröhre normal war; in der Pars membranacea fand er eine papillomatöse, blumenkohlartige Wucherung, 3 cm lang, 2 cm breit, 1 cm dick, weich, leicht blutend, von epidermis-ähnlicher Farbe. Dieselbe wurde nach OBERLÄNDER durch Auswischen mit einem dicken Wattetampon entfernt, der Grund mit 20% Höllenstein geätzt. Nach 4 Monaten sah Verfasser den Patienten wieder; er hatte keine Spuren seines früheren Leidens mehr. G. betont die Wichtigkeit der endoskopischen Untersuchung. *F. Hahn-Bremen.*

Gegen die **Leukorrhoe** finden sich im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 157, nicht weniger als 11 Mittel (teils Ausspülungen, teils Pulver) zusammengestellt; dieselben sind einem Werk von GALLOIS — „1200 Formules“ — entlehnt. Einige seien hier wiederholt:

Cupri sulf. cryst.	1,0
Aq. commun.	200,0

———

Acid. salicyl.	6,0
Solve in	
Glycerin. tepid.	100,0
Adde	
Aq. font.	1000,0

MDS. Für 6 Einspritzungen. täglich eine.

Amyli pulv.	40,0
Bismut. subnitr.	10,0

Von diesem Pulver wird mittelst Speculum etwas an das Collum uteri gebracht.

———

Ferri sulf. pulv.	8,0
Ferri subcarbon.	12,0
Cort. Chin. pulv.	
Cannell. pulv.	
Ergotin.	ää 4,0

Vor den Hauptmahlzeiten werden 1—2 Fingerspitzen voll von diesem Pulver eingestreut.

Türkheim-Hamburg.

Vegetationen der Vagina und des Collum uteri, von AUBERT. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 343.) Derartige Vegetationen sind äufserst selten; A. hat sie an diesen Stellen nur zweimal beobachtet; beide Male bestanden gleichzeitig auch Condylomata vulvae. Ihre Entfernung ist angezeigt, weil sie durch den Coitus übertragbar sind. — Die Operation mit scharfem Löffel ist schwierig; besser eignet sich der Thermokauter. *Türkheim-Hamburg.*

Gangraena penis post influenzam, von CARL DEVRIENT. (*St. Petersburg. Med. Wochenschrift.* 1892. Nr. 22.) Bei einem 41 Jahre alten Mann trat am vierten Tage seiner Erkrankung an Influenza eine zu umfangreicher Hautgangrän führende Schwellung des Penis ein, ohne dafs irgendeine Schädlichkeit auf denselben eingewirkt hätte.

Als wahrscheinliche Ursache nimmt Verfasser ein Eindringen von Staphylokokken an; sollte aber eine Thrombose die Gangrän bewirkt haben, dann müfste dieselbe auch durch Kokken bewirkt sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Demonstration von Harn- und Spermapräparaten, nach Ehrlichs Methode angefertigt, von C. Posner. (XI. Kongrefs für innere Medizin.) Im Harnsediment finden sich eosinophile Zellen, ohne dafs man diagnostische Schlüsse daraus ziehen kann. Im Urethralsekret beweisen sie nicht eine Affektion der Prostata, da sie auch bei Urethritis anterior und in einem periurethralen Abscefs sich fanden. Am Sperma färben sich mit Karbolfuchsin und Methylenblau Schwanz und Mittelstück rot, der Kopf blau. Am letzteren kann man stets Kernteil und Kopfkappe unterscheiden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Pathologie des Urogenitalsystems des Mannes, von Dr. H. Riese. (*Centralbl. für allg. Pathologie u. pathol. Anatomie.* 1892. Nr. 10.) Verfasser teilt den Befund an der Leiche eines 55jährigen Mannes mit weiblichem Habitus mit. Er fand eine kongenitale Atrophie beider Hoden und des übrigen Geschlechtsapparates, einen kongenitalen Defekt im Bereich des linken Vas deferens, ein völlig gestieltes Fibromyom des Colliculus seminalis und eine nicht etwa nur durch die hochgradige Phimose bedingte Atrophie des Penis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Zur Frage des Einflusses der Gonorrhoe auf das Wochenbett und auf die Augenerkrankungen der Neugeborenen, von Richard Steinbüchel. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892. No. 21 u. 22.) Verfasser untersuchte 328 schwangere Frauen vor und nach der Entbindung 10 Tage lang, indem er aus dem Sekrete der Scheide, des Cervix, der Urethra, sowie später aus den Lochien Präparate anfertigte, mit Methylenblaulösung färbte und dann auf Gonokokken fahndete, deren Erkennung er die Bummschen Kriterien zu Grunde legte. Die klinische Diagnose der Gonorrhoe stellte er nach Sängers Angaben nach folgenden Merkmalen: 1. noch bestehende eitrige Katarrhe der Harnwege bei Ausschlufs einer anderen Ätiologie; 2. Nachweis von Eiter in der Harnröhre, sowie tiefroter Saum der etwas herausgewulsteten Urethralschleimhaut; 3. Erkrankung der Bartholinischen Drüsen, besonders der flohstichartige, dunkelpurpurrote Hof um die Mündung derselben (Macula gonorrhoica); 4. spitze Kondylome an Vulva, Vagina oder Portio; 5. eitriger oder schleimeitriger Ausflufs aus der Cervix bei Ausschlufs von Erosionen oder Pseudoerosionen des Muttermundes. — Die Ergebnisse waren folgende: Positiver Befund von Gonorrhoe in 70 Fällen = 21%, darunter aber nur in 7% Gonokokken nachweisbar. In drei Fällen klinisch diagnostizierter Gonorrhoe waren Gonokokken erst in den Lochien nachweisbar. — Von den Kindern der 70 kranken Mütter erkrankten 6 an Augenaffektionen, 3 an virulenten, 3 an nichtvirulenten, während von sämtlichen 313 Neugeborenen 4 virulente, 7 nichtvirulente Bindehautentzündungen bekamen. Ein pathologischer Verlauf des Wochenbettes wurde bei 39 Wöchnerinnen beobachtet = 12,5%, darunter waren 11 Frauen = 3,5%, bei welchen Gonorrhoe diagnostiziert wurde. Von den 11 an Gonorrhoe leidenden fieberhaften Wöchnerinnen zeigten 7 puerperale Prozesse, 4 accidentelle Erkrankungen. Ein direkter Einflufs der Gonorrhoe auf das Frühwochenbett ist nicht nachweisbar, dagegen führt Verfasser 8 Fälle an, in welchen im Spätwochenbett (3.—8. Woche) die Gonorrhoe auf die Klein-Beckenorgane sich ausbreitete und tiefgehende Erkrankungen hervorrief. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Gonorrhoe mit Injektionen von Kalium permanganicum, von Prof. Reverdin. (*Rev. méd. de la Suisse romande.* No. 6. 1892.) R. praktiziert die

Methode seit mehr als 20 Jahren und ist mit deren Resultaten aufserordentlich zufrieden. Der Apparat besteht aus einem Irrigator aus Glas (der dazugehörige Gummischlauch trägt einen spitz auslaufenden Ansatz mit Hahn); ferner aus einem sehr biegsamen englischen Katheter. Die Verbindung zwischen Katheter und Schlauch wird durch einen Gummidrain hergestellt. Als Injektionsflüssigkeit dient eine wässerige Lösung von Kalium permanganicum, deren Konzentration im Mittel 1 : 5000 beträgt, aber je nach der Empfindlichkeit der Harnröhre stärker oder schwächer genommen werden mufs. Vor der Einführung des uneingeölten Katheters wird der Hahn geöffnet, so dafs sich vor und um den bis in den hinteren Teil der Urethra vordringenden Katheter ein Flüssigkeitszylinder bildet, der dessen Vorrücken erleichtert. Die Temperatur der Injektionsflüssigkeit beträgt 45° C.; ihre Menge 1½ Liter, die Zahl der Injektionen, welche R. in jedem Stadium der Gonorrhoe vornimmt, 1—2 pro die; die Dauer der Kur im Mittel 14 Tage. In 3 Fällen gelangte die Flüssigkeit in die Blase, wovon Verfasser jedoch keine üblen Folgen bemerkt hat. Während der Injektionen ist es ratsamer, den Patienten stehen, dann liegen zu lassen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über Behandlung der akuten Gonorrhoe. Vortrag von W. von Zöge-Manteuffel. (Medizin. Gesellschaft Dorpat, den 5. Februar 1892, *St. Petersburg. med. Wochenschrift.* 1882. Nr. 23.) Die Statistik des Vortragenden ergiebt, dafs von 31 sofort topisch behandelten 25 Komplikationen bekamen, während von 24 topisch nicht behandelten 21 frei von jeden Komplikationen blieben; er schliefst daraus, dafs die topische Behandlung nur auf chronische oder subakute Fälle beschränkt werden mufs. — Die an der Diskussion sich Beteiligenden können im allgemeinen ihre Erfahrungen mit den statistischen Resultaten des Vortragenden nicht in Einklang bringen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine neue Behandlung der akuten Urethritis, von B. E. Vaughan. (*New York Med. Journ.* 30. April 1892.) Diese Methode ist, wie Verfasser selbst zugiebt, nicht eigentlich neu, wenn man von der Verwendung eines bisher nicht hierbei gebrauchten Lösungsmittels, Plasment, absieht. Letzteres, ein amerikanisches Präparat, besteht aus einem Extrakt von Isländisch und Irländisch Moos mit Benzoin und Glyzerin. Hierzu setzt V. 3- resp. 5% Dermatol zu. Diese Mischung wird aus einer komprimierbaren Röhre einmal täglich in die Urethra in Mengen von 1½ bis 2 g eingespritzt, nachdem die Urethra mittelst Irrigators und eines dünnen Katheters mit warmer Kochsalzlösung gut ausgespült worden ist. Die an 64 Patienten der Poliklinik gewonnenen Resultate waren durchschnittlich gut, zum Teil ausgezeichnet, doch ist nicht mit Sicherheit ausgeschlossen, dafs letztere vielleicht nicht alle spezifischer Natur waren.

Philippi-Nieheim.

Gonorrhoe des Mastdarms, von J. P. Tuttle. (*New York Med. Journ.* 2. April 1892.) Kurzer Bericht über drei Fälle von eitriger Entzündung der Rektumschleimhaut, wobei Gonokokken in grofser Zahl gefunden wurden. Die antibakterielle Behandlung ergab günstige Resultate. *Philippi-Nieheim.*

Gonorrhoe der Samenbläschen (Spermatocystitis), von F. B. Robinson. (*Med. News.* 7. Mai 1892.) Verfasser hat seit einigen Jahren ausgiebige Untersuchungen der Samenbläschen bei Autopsien und auch bei Lebenden angestellt und kommt u. a. zu folgenden beachtenswerten Resultaten: Der Gonococcus ist sehr wohl im stande, auf die Schleimhaut der Vesiculae seminales überzugehen und dort Entzündung, Eiterung und Ansammlungen von seröser Flüssigkeit (anolog der Pyo- und Hydrosalpinx beim Weibe) zu erzeugen. Viele Fälle von Spermatocystitis werden irrigerweise intra vitam als Prostatitis diagnostiziert. Die Ablagerung des Coccus in den Samen-

bläschen ist oft eine Ursache von Recidiven, namentlich nach eingegangener Ehe. Vereiterung ist hierbei selten; sollte sich aber Eiter ansammeln, so mufs durch Eingehen vom Perineum und nicht vom Rektum aus derselbe entleert werden.

Philippi-Nieheim.

Spinale und nervöse Symptome im Verlauf des Trippers, von L. RAYNAUD (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 225.) Bezugnehmend auf seine früheren Arbeiten über diesen Gegenstand, veröffentlicht L. RAYNAUD in der vorliegenden Mitteilung zwei Fälle von schwerer spinaler Erkrankung im Verlauf des Trippers.

In dem einen, nicht selbst beobachteten Fall kam ein junger, 20jähriger Mensch, nachdem er seinen Tripper 4 Monate lang vernachlässigt hatte, mit Rheumatismus im linken Knie und vollkommen kachektisch zur Aufnahme ins Hôpital civil zu Algier. Er starb daselbst nach 8 Tagen unter zunehmender Abmagerung, allgemeiner Muskelatrophie, starken Durchfällen, Gangrän am Kreuzbein. Die Sektion war ergebnislos. Makroskopisch schien das Rückenmark unverändert, eine histologische Untersuchung desselben wurde unterlassen. Verfasser nimmt hier trotzdem eine Myelitis ascendens an. Die zweite, eigne Beobachtung betraf einen 24jährigen Menschen, der 3 Jahre vorher einen einfachen Tripper mit Schmerzen im rechten Tibio-Tarsal-Gelenk durchgemacht hatte. An die jetzige, neue und mäfsige Gonorrhoe schlossen sich Schmerzen im selben Gelenk und im linken Knie an. Bald werden unter Verschlimmerung des Allgemeinbefindens noch zahlreiche weitere Gelenke befallen, unter andern auch das Kiefergelenk, so dafs der Patient während eines Monats den Mund nicht öffnen kann. Nach 3 Monaten Decubitus; die erkrankten Gelenke heilen, während neue befallen werden. Paraplegie mit erhaltener Sensibilität; plötzliche Schmerzen in Beinen und Knien. Gewichtsverlust 22 kg. Beim Gehen die heftigsten Schmerzen in den Beinen. Verminderung der Reflexe. Nach einem halben Jahr erneuerter rheumatischer Anfall. Patellar-Reflexe fast ganz geschwunden, Taubheit und Zittern in den Beinen. Der linke Arm gelähmt und geschwollen. Dann plötzliche Besserung; die Erscheinungen abseiten des Rückenmarks lassen nach; es bleiben nur noch die Gelenkentzündungen. Patient bewegt sich auf Krücken. Endlich, nach 5/4jährigem Aufenthalt im Krankenhaus, wird Patient geheilt entlassen; es besteht nur noch entzündlicher Schmerz im rechten Tibio-Tarsal-Gelenk. Jede Behandlung — und die Ärzte scheinen mit Medikamenten oder sonstigen Eingriffen nicht gekargt zu haben — erwies sich als machtlos.

Verfasser ist der Ansicht, dafs solche und ähnliche Fälle auf eine Infektion des Körpers durch das Trippergift zurückzuführen seien. *Türkheim-Hamburg.*

Verschiedenes.

Der *„Deutsche Reichs-Anzeiger“* bringt unterm 14. Juni 1892 eine Empfehlung der **amtlich geprüften Thermometer**. Mindestens sollte jeder Arzt eins besitzen, um mit diesem die von anderen Thermometern angezeigten Temperaturen zu vergleichen. Zugleich wird vor verschiedenen Schwindeleien gewarnt, die von den Fabrikanten unternommen werden, um die Abnehmer zu täuschen. Einige stellen selbst Prüfungsscheine aus, die natürlich, weil parteiisch, nicht viel Wert haben; ganz schlaue Verfertiger geben ihren Scheinen das Format und die Anordnung der amtlichen Scheine. — Die Kosten eines amtlich geprüften Thermometers stellen sich 50—60 Pfg. höher.

F. Hahn-Bremen.

Der ärztliche Notstand und seine Ursachen, von E. Pasch. (Berlin W. Heusers Verlag, 1892.) Verfasser entwirft ein ziemlich trauriges Bild von der materiellen Notlage des ärztlichen Standes, die durch die immer mehr zunehmende Überproduktion von Tag zu Tag vergröfsert wird. Abhülfe hofft er nicht von der Gesetzgebung, von der Einführung der Ehrengerichte oder der vermehrten Disziplinargewalt der Ärztekammern; diese können wohl nach aufsen hin gewisse Auswüchse beseitigen, im innern wird das Elend noch gröfser werden. Das, wovon Verfasser das Beste hofft, und was dem ärztlichen Stande fehlt, ist eine feste, allgemeine Organisation. Diese mufs geschaffen werden durch die Allgemeinheit der Ärzte, dadurch, dafs jeder einem Vereine beitreten mufs, innerhalb dessen durch Majoritätsbeschlufs alle gewünschten Einrichtungen, auch Ehrengerichte, getroffen werden können. Die Hauptpunkte, auf denen der Notstand basiert, müssen dadurch beseitigt werden: 1. mufs die Kurierfreiheit eingeschränkt werden, der Ärztestand mufs dem Kurpfuscher gegenüber staatlich geschützt werden; 2. mufs durch Gesetzgebung festgelegt werden, dafs ärztliche Behandlung der Kassenkranken solche durch einen approbierten Arzt bedeutet, freie Arztwahl und Honorierung der Einzelleistung ist zu fordern; 3. mufs wegen der Überproduktion vor dem ärztlichen Studium gewarnt werden, eine bessere Medizinaltaxe eingeführt und den beamteten Ärzten auskömmliches Gehalt gesichert werden; 4. mufs die Ausnutzung der Polikliniken durch zahlungsfähige Patienten inhibiert werden. *F. Hahn-Bremen.*

XI. Internationaler Medizinischer Kongrefs zu Rom 1893.

Das Central-Komitee des elften Internationalen Medizinischen Kongresses, der vom 24. September bis 1. Oktober 1893 in Rom tagen wird hat auf Wunsch der betreffenden Spezialisten den bereits bekannt gegebenen Sektionen des Kongresses noch weiters je eine für Zahnheilkunde, Kinderkrankheiten und Bau-Sanitätswesen angefügt, sowie der Laryngologie und Ohrenheilkunde je eine besondere Sektion angewiesen.

Gegenwärtig ist die Bildung des National-Komitees der europäischen und überseeischen Staaten und Kolonien im Gange; selbe sollen die Ärzte aller civilisierten Länder sowohl zum Besuche des Kongresses als zur Teilnahme an den Arbeiten der 18 spezialwissenschaftlichen Sektionen anregen.

Aufser dem deutschen National-Komitee, dessen Bildung und Vorsitz dem Altmeister deutscher Wissenschaft Prof. Dr. R. Virchow übertragen worden ist, wird für jede der achtzehn spezialwissenschaftlichen Sektionen je ein deutsches Ordnungs-Komitee errichtet werden.

Die Ärzte Italiens haben bereits Provinzial-Komitees gebildet, die den Zweck haben, den auswärtigen Kollegen zur Eröffnung des Kongresses festlichen Empfang zu bereiten.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. № 10. 15. November 1892.

Über die visceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Syphilis.[1]

Von

Dr. JULIUS ENGEL-REIMERS.

Es ist sehr merkwürdig, wie langsam trotz der enormen Litteratur unsere Kenntnis der frühsyphilitischen Veränderungen fortgeschritten ist. Wie lange z. B. hat es gedauert, bis man erkannte, daſs die Recidive nicht etwa die Folge einer ungenügenden Behandlung sind, sondern daſs sie zu den pathognomonischen Kennzeichen der Frühsyphilis gehören; bis man sich überzeugte, daſs die Lues zunächst eine exquisit intermittierende Krankheit ist, in welcher Eruptionsperioden, „Schübe“ und Perioden der Latenz, der scheinbaren Gesundheit mit groſser Gesetzmäſsigkeit abwechseln. Und wie schwer hat man sich von dem Glauben losgemacht, die Syphilis rufe in ihrer Frühperiode bloſs auf der äuſseren Haut und den sichtbaren Schleimhäuten Veränderungen hervor. Ist es nicht erst RICORDS groſses Verdienst gewesen, durch die auf seine Veranlassung von GRASSI ausgeführten Blutkörperchenzählungen und durch die wissenschaftliche Begründung der syphilitischen Chlorose, durch den Nachweis, daſs bereits in den ersten Jahren nach dem Ausbruch des Leidens Iris und Chorioidea sowie die Hoden schwer erkranken können, mit diesen Vorstellungen aufgeräumt und der Anschauung allgemeine Geltung verschafft zu haben, daſs die Syphilis gleich vom Anfang an die gesamte Konstitution des von ihr Befallenen schädigt und wahrscheinlich oft genug auch in inneren Organen gleich vom Anfang an pathologische Zustände erzeugt? Trotzdem befinden wir uns bezüglich der visceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Lues noch vollständig im Anfange unserer Erkenntnis, und der Satz, den HUTCHINSON im Jahre 1876 aussprach: „the pathology of secondary syphilis is still to be written“ hat noch heutzutage seine Gültigkeit. Der Grund für dieses langsame Fortschreiten unseres Wissens dürfte darin zu suchen sein, daſs wir in

[1] Der nachfolgende Vortrag war für die dermatologische Sektion auf der diesjährigen Naturforscherversammlung bestimmt. Das ergänzende Referat über die frühsyphilitischen Gehirn- und Nervenerkrankungen hatte Herr Dr. ALFRED SAENGER übernommen.

der Frühperiode ausschliefslich auf die klinische Beobachtung angewiesen sind. Für die Erkenntnis der Spätlues hat die pathologische Anatomie als Leuchte gedient; sie hat, indem sie einmal die diffusen, den Gefäfsen folgenden schwieligen Veränderungen des Bindegewebes, dann die herdweisen interstitiellen Entzündungen mit den gummösen Bildungen im Centrum der Herde und endlich die obliterierenden Entzündungen der Gefäfshäute als charakteristische Merkmale der tertiären Syphilis auffand, uns Hülfsmittel geliefert, durch welche man während des Lebens zweifelhafte Erkrankungen am Leichentische auf ihren wahren Ursprung zurückführen kann; — für die pathologischen Prozesse in der Frühperiode dagegen läfst sie uns einstweilen noch völlig im Stich. Schon die allbekannten Veränderungen auf der Haut und den Schleimhäuten unterscheiden sich mikroskopisch absolut nicht von gewöhnlichen irritativen und entzündlichen Vorgängen; ihr klinisches Verhalten, ihre makroskopische Erscheinungsform, ihre Gruppierung, ihr Auftreten an bestimmten Körperstellen allein ist es, was sie als Produkte der Syphilis kennzeichnet. Und noch mehr gilt dies, wie wir gleich sehen werden, von den innerlichen Erkrankungen in dieser Zeit. Wir sind also auf die Beobachtung am Lebenden allein angewiesen, und hier entsteht immer zunächst die Schwierigkeit, zu entscheiden, ob eine ungewöhnliche innerliche Erkrankung als eine zufällige Komplikation bei einem Frühsyphilitischen oder aber als eine direkte Folge der Lues zu deuten sei. Diese Schwierigkeit zu überwinden kann nur Eins helfen, nämlich dafs man an dem auch von Mauriac kürzlich wieder besonders betonten Grundsatz festhält, eine ungewöhnliche Erscheinung in dem Frühstadium in der Regel nur dann als Produkt der Syphilis anzusehen, wenn sie in einer Eruptionsperiode sich zeigt, oder mit anderen Worten, wenn sie mit dem Auftreten anderer wohlbekannter Symptome der Syphilis zeitlich genau zusammenfällt. Was dagegen während der Latenzzeit, während der scheinbaren Gesundheit des Patienten und des Fehlens sonstiger Krankheitserscheinungen vorkommt, ist zunächst als Komplikation verdächtig. Ein Festhalten an diesem Grundsatz ist, wie ich glaube, der einzige Weg, unsere Kenntnis der visceralen Veränderungen in der Frühperiode wirklich zu fördern; kommt dann noch der Umstand hinzu, dafs eine ungewöhnliche Erkrankungsform durch eine merkurielle Behandlung oder durch ein Traitement mixte in eklatanter Weise günstig beeinflufst wird, so ist dies eine wertvolle Unterstützung der Diagnose; aber eine gröfsere Bedeutung darf dem Schlufs ex juvantibus nicht beigelegt werden; er darf für die Beurteilung eines zweifelhaften Falles niemals allein mafsgebend sein, denn Quecksilber und Jod sind eben nicht blofs gegen die Syphilis Specifica. Aber noch ein Anderes thut Not, nämlich dafs wir neue, bis

dahin unbeobachtete Krankheitserscheinungen in der Frühperiode zunächst einfach registrieren und mit Erklärungsversuchen, mit theoretischen Folgerungen so lange warten, bis dieselben durch lange fortgesetzte weitere Untersuchungen sich als konstante oder mindestens doch recht häufige Begleiterscheinungen der Syphilis erwiesen haben. Gerade in dieser Beziehung ist gelegentlich recht sehr gefehlt worden; ich erinnere nur an die Milzschwellung, die von WEIL in drei Fällen während der zweiten Inkubation und während des Ausbruchs sekundärer Symptome beobachtet und sofort als ein Zeichen der „Infektion der gesamten Blutmasse mit dem Gift" gedeutet wurde. Gewiſs kommt dieser Milztumor in der Frühperiode gelegentlich einmal vor, aber er ist, wie schon HASLUND gezeigt und wie sorgfältige Nachprüfungen auf unserer groſsen Krankenabteilung bewiesen haben, ganz auſserordentlich selten und wir haben vor der Hand noch absolut keine Kenntnis von den Bedingungen, unter welchen er entsteht. Dasselbe gilt von den von FINGER beschriebenen Schwankungen der Reflexerregbarkeit. Auch diese sind, wie die sorgfältigsten Nachuntersuchungen in unserem Krankenhause uns gelehrt haben, jedenfalls auſserordentlich viel seltener, als der Autor behauptet, und geben einstweilen noch ganz und gar kein Recht zu theoretischen Schluſsfolgerungen. Ebenso verhält es sich endlich mit den Schilderungen, welche namentlich französische Autoren von dem schädigenden Einfluſs der Syphilis auf den Kräftezustand und die Ernährung der Kranken entwerfen. Auch das ist in dieser Allgemeinheit gewiſs nicht richtig und bei uns in Norddeutschland mindestens lange nicht so schlimm. Jahrelang fortgesetzte sorgfältige Wägungen haben uns gelehrt, daſs das Körpergewicht frühsyphilitischer Weiber wenigstens durch die Krankheit nicht nennenswert herabgesetzt wird.

Ich werde mir nun erlauben, mein Referat auf die Erkrankungen der Leber, des Herzens und der Niere in der Frühperiode der Syphilis zu beschränken, weil ich annehmen darf, daſs wohl jeder der anwesenden Herren, dem ein gröſseres Krankenmaterial zu Gebote steht, bezüglich dieser Organe über eigene Beobachtungen verfügt und somit die Diskussion durch den Austausch selbstgesehener und untersuchter Fälle unsere Erkenntnis sicher fördern wird. —

Wie Sie wissen, hat RICORD in seiner *Clinique iconographique* zuerst die Krankengeschichte zweier Syphilitischen mitgeteilt, bei denen gleichzeitig mit den ersten konstitutionellen Erscheinungen ein Ikterus auftrat, und daran die Vermutung geknüpft, daſs dieser Ikterus möglicherweise in solchen Fällen als eine direkte Folge der Syphilis anzusehen sei. Seine Vermutung blieb unbeachtet, bis GUBLER im Jahre 1853 die Frage wieder aufnahm und aus der Analyse von sieben genau beobachteten Fällen den Schluſs zog, daſs in der That ein sekundär syphilitischer

Ikterus existiere, ein Ikterus, der gleichzeitig mit den frühesten Haut- und Schleimhauteruptionen zum Vorschein kommt, der von anderweitigen Ursachen nicht abgeleitet werden kann und der, gerade so wie die sekundären Exantheme, durch eine antisyphilitische Behandlung prompt und sicher beseitigt wird. Seitdem hat dieser Ikterus wohl einen sicheren Platz in der Pathologie der Frühsyphilis gefunden. Er wird nach unseren Erfahrungen in etwa 2% aller Fälle beobachtet, bei Weibern vielleicht etwas häufiger als bei Männern, aber keineswegs in dem Maſse, wie Fournier angiebt. Er ist immer ein echter Stauungsikterus; die Leber ist mäſsig, gelegentlich sogar beträchtlich vergröſsert, glatt, druckempfindlich und die Faeces sind ausnahmslos aschfarben. Über die Ursache dieses Ikterus ist, wie Sie wissen, viel gestritten worden. Gubler und nach ihm Hutchinson dachten, daſs vielleicht gleichzeitig mit dem Auftreten der Hautausschläge auch fleckige, cirkumskripte Hyperämien auf den Schleimhäuten innerer Organe entständen und daſs eine solche hyperämische Schwellung der Schleimhaut der Gallengänge, eine „Roséole des canalicules biliaires“ es sei, die den Verschluſs des Lumens und dadurch den Ikterus veranlasse.

Lancereaux leitete ihn von einer Kompression des Ductus choledochus durch geschwollene portale Drüsen ab, und Mauriac endlich spricht in seinem neuesten Werk, indem er auf die dabei vorkommende, bisweilen recht beträchtliche Leberschwellung ein meines Erachtens viel zu groſses Gewicht legt, direkt von einer Syphilose précoce du foie, die er sich durch eine akute, diffuse interstitielle Hepatitis, durch eine „diapédèse des globules blancs et une véritable prolifération d'éléments embryonnaires dans le tissu conjonctif de l'organe“, entstanden denkt. Nun, ich glaube, daſs die Lancereauxsche Ansicht einstweilen als die weitaus wahrscheinlichste angesehen werden muſs. Denn einmal wird dieser Ikterus am häufigsten bei Individuen beobachtet, die überhaupt besonders ausgedehnte und umfangreiche Drüsenschwellungen haben. Leitet er nämlich die Sekundärperiode ein, dann sind es in der Regel Kranke, die von vornherein schwer ergriffen sind und die nicht bloſs an den Prädilektionsstellen, sondern allerorten die kettenförmig aneinandergereihten Drüsen, die Chapelets de la vérole zeigen; begleitet er ein Recidiv, dann sind es gewöhnlich trockene, squamöse Exantheme, die, wie Sie wissen, ebenfalls mit beträchtlicher Vergröſserung der peripheren Lymphdrüsen einher zu gehen pflegen. Zweitens aber habe ich in den seltenen Fällen, wo diese sekundär syphilitische Gelbsucht in der Form des Icterus gravis tötlich endet, groſse, den Gallengang komprimierende Drüsenpackete thatsächlich regelmäſsig gefunden. Eine einfache, exspektative oder diätetische Behandlung nützt nun bei diesem gleichzeitig mit sekundär syphilitischen Haut- und Schleimhauterkrankungen auftretenden Ikterus nach meinen

Erfahrungen absolut nichts; er weicht stets nur dem Quecksilber, diesem aber gewöhnlich rasch, und damit erledigt sich ohne weiteres die Meinung derer, die ihn als eine zufällige Folge des in der Eruptionsperiode oft genug vorkommenden Gastroduodenalkatarrhs ansehen wollen. In der Regel verläuft er durchaus gutartig; in seltenen Fällen aber treten plötzlich die schwersten Erscheinungen auf und er führt rasch zum Tode unter dem Bilde der akuten gelben Leberatrophie. Ich habe in dem ersten Bande der Jahrbücher unseres Krankenhauses drei selbstbeobachtete Fälle ausführlich mitgeteilt, in welchen die Diagnose der akuten gelben Leberatrophie klinisch wie anatomisch absolut gesichert war und in denen, da alle drei Patienten erst im Hospital unter günstigen hygienischen Verhältnissen an der sekundär syphilitischen Gelbsucht erkrankten, die dann plötzlich in der Form des Icterus gravis eine unheilvolle Wendung nahm, nur eine von vornherein malign auftretende Lues als Kausalmoment angenommen werden konnte. Ich weiſs sehr wohl, daſs diese Ansicht keineswegs allgemein geteilt wird und daſs hier namentlich zwei von Friis kürzlich publizierte Beobachtungen[2] sehr ins Gewicht fallen. Denn diese beiden Fälle gleichen den meinigen vollkommen; auch hier trat die akute gelbe Atrophie im Hospital während einer Inunktionskur auf, und trotzdem kommt der Autor zu dem Schluſs, daſs, da weder der Verlauf der Krankheit noch der Sektionsbefund etwas Besonderes gezeigt habe, eben nur eine zufällige Komplikation vorhanden gewesen sei und daſs die Lues höchstens als schwächende Potenz prädisponierend für die Entstehung der tötlichen Lebererkrankung gewirkt haben könne. Dessenungeachtet aber möchte ich der Syphilis doch eine gröſsere Bedeutung für das Zustandekommen dieser akuten gelben Atrophie vindizieren. Der akute Zerfall der Leberzellen entsteht wohl sicher nicht durch einen bestimmten Kranheitserreger, sondern durch die verschiedenartigsten toxischen Substanzen im Blute; er kann sich an alle möglichen infektiösen Zustände anschlieſsen,[3] und es ist wirklich nicht einzusehen, warum nicht auch die Syphilis gelegentlich ein Gift erzeugen soll, das zerstörend auf die Leberzellen wirkt, zumal in einer Zeit, wo sie, wie wir gleich finden werden, auch im Herzfleisch und in den Nieren nur durch toxische Einflüsse erklärbare akute parenchymatöse Degenerationen hervorruft. Dazu kommt endlich, daſs die Obduktionen in meinen Fällen denn doch wenigstens einen Befund ergaben, welcher der akuten gelben Atrophie sonst fremd ist, nämlich kolossale Drüsenschwellungen an der Leberpforte, und daſs

---

[2] Friis: To Tilfälde of acut geel Leveratrophi som Komplikation til Syphilis *Hospitals Tidende.* R. 3. Bd. 7. referiert in *Virchow-Hirsch Jahresbericht.* 1889. II. pag. 300.

[3] So hat erst vor ganz kurzem Marchand einen sehr genau beschriebenen Fall von typischer gelber Leberatrophie mitgeteilt, die im Gefolge einer akuten Osteomyelitis auftrat.

dieser Befund denn doch wohl ganz sicher allein auf die Syphilis zurückzuführen ist.

Ich stehe demnach nicht an, meine Ansicht in folgende Sätze zusammenzufassen:

Es giebt in der Frühperiode der Syphilis einen Ikterus, der, weil er fast ausnahmslos gleichzeitig mit spezifischen Haut- und Schleimhauterkrankungen zum Vorschein kommt und weil er nur einer spezifischen Behandlung weicht, nicht als Komplikation, sondern als eine direkte Folge der Lues angesehen werden mufs.

Er ist ein Stauungsikterus und wahrscheinlich durch Anschwellung der portalen Lymphdrüsen, die den Ductus choledochus komprimieren, bedingt.

Eine Hepatosyphilose précoce im Sinne MAURIACS existiert nicht, wohl aber führt dieser sekundär syphilitische Ikterus in seltenen Fällen bei maligner Lues unter dem Bilde der akuten gelben Leberatrophie zum Tode. —

Erkrankungen des Herzfleisches und des Endocardiums gelten für ein Privilegium der Spätlues und man ist im allgemeinen geneigt, die Erscheinungen von seiten des Herzens, welche sich in den ersten Jahren nach der Infektion zeigen, als Folge der sekundär syphilitischen Anämie aufzufassen. Indessen hat FOURNIER bereits seit langem dargethan, dafs diese Deutung keineswegs für alle Fälle zulässig ist, dafs vielmehr auch schon in der Frühperiode eine direkte schädliche Einwirkung der Syphilis auf das Herz angenommen werden müsse, weil nicht selten genau mit dem Ausbruche von Haut- und Schleimhauterkrankungen auch bei nicht anämischen Individuen Palpitationen, Arythmie der Herzbewegung, leichte Anfälle von Stenocardie auftreten und weil bei solchen Kranken anämische Herzgeräusche nie gefunden worden[4]. FOURNIER hat ferner gezeigt, dafs auch bei Sekundärsyphilitischen, welche keine direkte Erscheinungen von seiten des Herzens darbieten, Unregelmäfsigkeiten des Pulses vorkommen, die nur als Folge einer leichten Herzschwäche erklärt werden können. Namentlich die Pulskurven, die er von solchen Kranken aufgenommen hat, sind ungemein charakteristisch; sie zeigen die ganze Reihenfolge der für die Herzschwäche typischen Formen, vom Pulsus bigeminus und intercidens bis zur vollständigen Irregularität. Weiter sind endlich von MAYER in Aachen[5] und von SACHARJIN[6] mehrere gute Beobachtungen mitgeteilt, wo bei Syphilitischen schon in den ersten Jahren

---

[4] *Leçons* 2me Édition. pag. 679.

[5] MAYER: Über heilbare Formen chronischer Herzleiden, einschliefslich der Syphilis des Herzens. Vortrag im Verein der Aachener Ärzte 1881, referiert im *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1882. pag. 344.

[6] SACHARJIN: Die Lues des Herzens von der klinischen Seite betrachtet. *Deutsches Arch. f. klin. Mediz.* Bd. 46. 388 ff.

nach der Infektion eine akute Herzdilatation mit Arythmie der Bewegungen, Anfällen von cardialem Asthma, Anasarca und Höhlenwassersucht sich ausbildete und wo die Erscheinungen bei der gewöhnlichen Behandlung sich nicht besserten, vielmehr erst dann rasch und definitiv zurückgingen, als eine spezifische Kur, namentlich ein Traitement mixte, eingeleitet wurde. Ich selber habe in der Frühperiode ebenfalls ein paar derartige, durch eine energische Behandlung anscheinend vollständig geheilte Fälle gesehen, die nicht anders als durch eine unter dem Einfluſs der Syphilis entstandene akute Degeneration des Herzmuskels erklärt werden konnten, und ich möchte sogar, ohne selbstverständlich die günstige Wirkung des Quecksilbers auf die Nierensekretion überhaupt im geringsten leugnen zu wollen, den Verdacht nicht unterdrücken, daſs die „Harnfluth" bei cardialem Hydrops durch das hochmoderne Kalomel gelegentlich doch vielleicht nur deshalb eingetreten sein dürfte, weil es sich nicht bloſs um ein Herzleiden, sondern um ein syphilitisches Herzleiden handelte. Jedenfalls aber glaube ich, daſs hier noch ein weites Feld für die Forschung offen liegt und daſs es sich sehr der Mühe lohnen würde, zu untersuchen, ob der deletäre Einfluſs der Syphilis auf den Herzmuskel sich nicht schon in einer viel früheren Periode der Krankheit und weit häufiger äuſsert, als man heutzutage anzunehmen geneigt ist. Vielleicht hat VIRCHOW wieder einmal Recht, der schon 1857 meinte, daſs wahrscheinlich manche einfache Myocarditis syphilitischen Ursprungs sei.

Auſser dieser Degeneration des Myocardiums aber kommt, allerdings unendlich viel seltener, in der Frühperiode der Syphilis auch noch eine Erkrankung des inneren Herzüberzuges vor, welche in der Form der Endocarditis verrucosa auftritt und warzige oder zottige Exkrescenzen an den Schlieſsungsrändern der Mitral- oder Aortaklappen setzt. Die alte Geschichte von den „Kondylomen" des Herzens ist sicher keine bloſse Fabel; ich selber habe zwei Fälle von akuter verruköser Endocarditis bei frühsyphilitischen Weibern gesehen und beschrieben[7], die beide Male genau in dem Moment, wo ein Recidiv der Haut- und Schleimhauterkrankungen auftrat, ausbrach, und auſserdem existieren in der Litteratur noch etwa sieben weitere, meines Erachtens ebenfalls völlig beweiskräftige Beobachtungen. Die prädisponierende Ursache lag in meinen beiden Fällen in einer ungewöhnlich engen, „chlorotischen" Aorta; eine Kokkeninvasion war nicht vorhanden, und bei beiden Kranken war es lediglich der durch „blande" Embolien gröſserer Arterien verursachte Ausfall umfangreicher Gewebstücke in physiologisch wichtigen Organen, der den Tod herbeiführte. —

---

[7] Endocarditis verrucosa in der Frühperiode der Syphilis. Festschrift zu Ehren des 25jährigen Jubiläums von Prof. LUDW. MEYER. 1891.

Unsere Kenntnis von Nierenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis ist sehr jungen Datums; sie beginnt mit dem Jahre 1867, wo PERROUD in Lyon zwei Fälle von Nephritis publizierte, die das eine Mal zwei, das andere Mal sechs Monate nach der Acquisition eines harten Schankers zusammen mit sekundären Schüben aufgetreten waren. Der eine Fall verlief infolge eines hinzugetretenen Erysipels tötlich; es fand sich eine akute parenchymatöse Nephritis, eine grofse, weiche, blasse Niere mit trüber Schwellung und fettigem Zerfall der Rindenepithelien. Analoge Beobachtungen wurden um dieselbe Zeit von JACCOUD und MAURIAC gemacht. 1878 folgte dann DESCOUST mit einem sehr genau beschriebenen Fall, 1879 DRYSDALE, 1880 BURKMANN mit einer in der *Deutschen mediz. Wochenschrift* publizierten ausführlichen Krankengeschichte und 1881 endlich ERNST WAGNER in Leipzig, der in seinem bekannten Aufsatz „Über die konstitutionelle Syphilis und die davon abhängigen Nierenkrankheiten“ drei Fälle von akutem Morbus Brightii bei Frühsyphilitischen mitteilte, und dann ein Jahr später in seinem grofsen Werk über den Morbus Brightii noch einen vierten Fall mit Sektionsbefund hinzufügte. Bis jetzt hat diese frühsyphilitische Nephritis bei den medizinischen Klinikern wenig Glück gehabt; man hält im allgemeinen ihren kausalen Konnex mit der Lues für nicht genügend erwiesen und ist geneigt, wenigstens für die meisten Fälle ein zufälliges Zusammentreffen von Morbus Brightii und sekundären Krankheitserscheinungen anzunehmen. Nun ist es allerdings trotz der entgegengesetzten Behauptung JACCOUDS richtig, dafs eine Albuminurie in der Frühperiode überhaupt ein sehr seltenes Vorkommnis ist. FOURNIER berichtet, dafs er zwei Jahre lang bei seinen sämtlichen frühsyphilitischen Kranken den Harn untersucht und nur ein einziges Mal Eiweifs gefunden habe. Ich selber habe im Anfang dieses Jahres bei hundert sekundär syphilitischen Männern die nämliche Prüfung angestellt und nur zweimal Eiweifs im Urin konstatiert; in beiden Fällen aber war die Syphilis an der Albuminurie sicher unschuldig; der eine Patient, der auch Cylinder hatte, war ein Alkoholist, und der andere war mit einer Spondylitis behaftet und wahrscheinlich amyloid. Trotzdem aber kann es für einen unbefangenen Beobachter nicht zweifelhaft sein, dafs eine Syphilis rénale précoce in der That existiert, dafs in der Frühperiode gelegentlich akute Nephritiden entstehen, für welche die Syphilis allein als Ursache verantwortlich gemacht werden mufs. Unter 23 von MAURIAC gesammelten Fällen fiel das Auftreten eines akuten Morbus Brightii achtmal genau mit dem Ausbruch der ersten Allgemeinerscheinungen der Lues zusammen; in anderen Fällen begann er genau mit dem Erscheinen eines Recidivs und in noch anderen Fällen endlich zeigte eine in der Frühperiode entstandene und chronisch gewordene Nephritis periodische Schwankungen des Verlaufs, regelmäfsige Remis-

sionen und Exacerbationen, welche wiederum mit den Latenzperioden und den Schüben der Lues zeitlich genau koinzidierten[8].

Diese frühsyphilitische Nierenerkrankung, deren Vorkommen demnach wohl aufser Frage steht, unterscheidet sich nun aber von dem gewöhnlichen Morbus Brightii nur durch ihre Ätiologie und durch die eklatante Wirksamkeit einer spezifischen Behandlung; ihr klinischer Verlauf bietet absolut keine Eigentümlichkeiten dar, und als anatomisches Substrat findet sich die grofse bunte oder die grofse weifse Niere. Mikroskopische Untersuchungen sind nur zweimal publiziert; eine von PERROUD und eine von WAGNER; ich kann eine dritte anreihen von einer 23jährigen Prostituierten, die im November 1889 die ersten konstitutionellen Krankheitsymptome gezeigt hatte, am 28. August 1890 mit einem Recidiv und einem akuten Morbus Brightii ins Spital kam und am 23. September urämisch zu Grunde ging. Hier fand sich in der grofsen blassen, durch zahlreiche Blutpunkte gesprenkelten Niere aufser einer Erweiterung der Rindenkanäle mit trüber Schwellung und fettigem Zerfall des kortikalen Epithels noch eine exquisite Glomerulonephritis: Blutungen in die Kapseln, Wucherung des Kapselepithels, Anhäufung von Rundzellen um die Kapseln, Verbreiterung derselben durch junges kernreiches Bindegewebe und endlich an einzelnen Stellen Umwandlung der Kapseln in dicke konzentrisch geschichtete Schalen mit völliger Verödung der Glomeruli. Der Anfang der Krankheit ist gewöhnlich ein akuter; sie begann in 21 in der Dissertation von NÉGEL[9] zusammengestellten Fällen 14 mal mit ganz plötzlich auftretenden Ödemen; nur 7 mal ging mehrtägiger Kopfschmerz und Erbrechen voran. Fieber und Nierenschmerzen fehlen in der Mehrzahl der Fälle. Der Ausgang ist namentlich bei sofortiger spezifischer Behandlung zunächst meistens ein günstiger; auf 36 Fälle, die ich aus der Litteratur gesammelt habe, kommen 6 Todesfälle. Eine definitive Heilung aber scheint doch im ganzen ziemlich selten zu sein; die meisten Beobachter berichten übereinstimmend, dafs die Kranken später trotz scheinbaren Wohlbefindens noch jahrelang Eiweifs im Urin gezeigt hätten. Die Frage ist also noch offen, wie sich das spätere Schicksal dieser zunächst als geheilt entlassenen Nephritiker gestaltet, und es liegt die Vermutung nahe, dafs mancher scheinbar idiopathischer chronischer Morbus Brightii thatsächlich nur das Recidiv oder der endliche Ausgang einer frühsyphilitischen Nierenerkrankung sein dürfte.[10]

Ausserdem aber kommt gegen Ende der Frühperiode zusammen mit

---

[8] In dieser Beziehung ist namentlich der dritte Fall von MAURIAC höchst bemerkenswert. (Néphropathie syphilitique précoce in *Syphilis tertiaire*. pag. 290.)

[9] VASSILE NÉGEL: De la syphilis rénale. *Thèse de Paris*. 1882.

[10] „Une question d'extrême importance reste à résoudre: c'est celle de savoir ce que les néphrites syphilitiques secondaires, considérées comme guéries, deviendront dans un temps plus ou moins éloigné.“ NÉGEL loc. cit. pag. 187.

tardiven sekundären Erscheinungen bereits gelegentlich eine interstitielle Nephritis vor, die zu der derben, oberflächlich granulierten Niere führt. WAGNER hat (*Deutsches Archiv f. kl. Mediz.* 28, 102) einen sehr bemerkenswerten Fall dieser Art mitgeteilt, bei welchem ihm „die häufig und ohne bekannte Ursache wiederkehrenden hämorrhagischen Harnperioden“ auffielen. Sieht man aber seine ausführliche Krankengeschichte sorgfältig durch, so überzeugt man sich leicht, daſs diese „hämorrhagischen Perioden“ mit Recidiven einer rebellischen spezifischen Iritis wenigstens wiederholt zeitlich genau zusammentrafen.

Endlich findet man in sehr seltenen Fällen schon bei Frühsyphilitischen die zuerst von WEIGERT beschriebene, durch Arteriitis obliterans bedingte einseitige Nierenatrophie. Auch von dieser Form hat WAGNER eine Beobachtung mitgeteilt, und ich selber habe gleichfalls vor mehreren Jahren einen exquisiten Fall dieser Art obduziert.

So ist es denn allerdings richtig, daſs die Syphilis schon in ihrer Frühperiode die verschiedensten Arten von Nierenerkrankungen hervorrufen kann; die bei weitem häufigste Form aber ist entschieden akuter parenchymatöser Natur und gleicht, wie schon NÉGEL und JACCOUD hervorgehoben, vollständig dem Morbus Brightii, der im Gefolge anderer Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Typhus, Diphtheritis, auftritt. Und dasselbe ergiebt sich, wenn wir die vorhin geschilderten Erkrankungen des Herzmuskels in der Frühperiode noch einmal kurz zusammenfassen. Auch hier findet sich, soweit die klinischen Erscheinungen einen Schluſs gestatten, dieselbe Reihe von Vorgängen, wie sie bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet wird; von leichten bald vorübergehenden Nutritionsstörungen, die sich nur durch zeitweilige Schwäche und Irregularität des Pulses verraten, bis zu schweren akuten, degenerativen Prozessen, bis zur ausgeprägten Insufficienz des Herzmuskels und erheblichen Kreislaufsstörungen. Auch die Leberbefunde stehen damit nicht im Widerspruch. denn wir sahen, daſs an einen frühsyphilitischen Ikterus sich gelegentlich ein akuter Zerfall der Leberzellen anschlieſst, der ebenfalls wohl von dem Einfluſs einer direkt durch die Syphilis erzeugten toxischen Substanz abzuleiten sein dürfte. So drängt denn alles zu der Annahme, daſs die Syphilis in ihrer Frühperiode anderen schweren Infektionskrankheiten vollständig gleicht, daſs sie, wie diese, durch toxische Einwirkung tiefgreifende akute, degenerative Veränderungen des Herzfleisches, der Leber, der Nieren hervorbringen kann, die weder in ihrer anatomischen Grundlage, noch in ihren klinischen Symptomen etwas Besonderes darbieten und daher ohne Kenntnis der Vorgeschichte des Kranken, ohne das Vorhandensein sonstiger bekannter sekundärer Krankheitserscheinungen nur sehr schwer auf ihren wahren Ursprung zurückgeführt werden können. Die Besonderheit liegt in der Ätiologie, liegt ferner darin, daſs wir diesen

frühsyphilitischen Veränderungen nicht so machtlos gegenüberstehen wie den Folgen anderer Infektionskrankheiten, daſs wir vielmehr, wenn ihre wahre Natur erkannt ist, durch eine energische Behandlung im stande sind, die weitere Zufuhr von Toxinen zu den erkrankten Organen abzuschneiden und daher solche Degenerations-Prozesse in vielen Fällen zu heilen, sofern sie nur nicht gleich vom Anfang an allzu stürmisch verlaufen. Das Interesse der Kranken gebietet uns daher, in ätiologisch dunklen Fällen sorgfältiger, als bisher üblich, etwaigen Spuren einer Syphilis nachzuforschen und uns zu erinnern, daſs diese Krankheit in ihrer Frühperiode weit häufiger, als man im allgemeinen glaubt, fremdartige und, wenn ich so sagen darf, anständige Allüren anzunehmen liebt. Gerade so gut, wie ein stärker ausgeprägtes sekundäres Eruptionsfieber oft genug für einen Typhus imponiert, wie eine hochgradige sekundäre Chlorose gelegentlich eine perniciöse Anämie, eine stürmische Schleimpapeleruption auf den Tonsillen eine Diphtheritis vortäuschen kann, — gerade so gut werden auch frühsyphilitische Degenerationen des Herzfleisches oder des Nierenparenchyms wahrscheinlich gar nicht so auſserordentlich selten unter dem Bilde einer „genuinen" akuten Herzverfettung oder eines gewöhnlichen „idiopathischen" Morbus Brightii verlaufen, und man wird durch eine richtige Diagnose manchen Kranken heilen können, der ohne eine energische antisyphilitische Behandlung vielleicht verloren wäre.

Diese Neigung, akute parenchymatöse Entzündungen hervorzurufen, ist aber, soweit wir wissen, eine Eigentümlichkeit der Frühperiode der Syphilis. Je älter die Krankheit wird, um so ausschlieſslicher pflegt sie, wie längst bekannt, ihre Wirkung auf das Bindegewebe und die Gefäſshäute zu beschränken und ihren schädlichen Einfluſs auf die Ernährung der Organe in der Form der amyloiden Degeneration zum Ausdruck zu bringen.

Aus der dermatologischen und syphilidologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten (Oberarzt Dr. P. J. Eichhoff) zu Elberfeld.

Beiträge zur Kenntnis der DARIERschen Dermatose.

Von

Dr. R. Krösing,
Assistent.

Nachdem Darier im Jahre 1889 seine „Psorospermose folliculaire végétante" als eine bis dahin unbekannte Hautaffektion beschrieben hatte, haben sich die Beobachtungen dieser interessanten Affektion in der Litteratur gehäuft; von verschiedenen, namentlich ausländischen Forschern sind neue Beiträge zu diesem Kapitel durch Untersuchung eigener Fälle geliefert, und so beziffert sich zur Zeit die Zahl der Einzelbeobachtungen auf 13, und zwar haben Darier[1] und White[2] (mikroskopische Untersuchung von Dr. J. T. Bowen) je 2, Boeck[3] 4 Fälle, Lustgarten[4], Buzzi und Miethke[5], Manssuroff[6], Zeleneff[7] und Schwimmer[8] je einen Fall veröffentlicht. Ich bin durch die Liebenswürdigkeit meines Chefs, Herrn Dr. P. J. Eichhoff, in der Lage, den 14. Fall anzureihen, welcher auf hiesiger Abteilung beobachtet wurde. Der im Jahre 1883 von Bidenkap[9] beobachtete Fall, den dieser mit Lichen in Zusammenhang brachte, ist erst im Jahre 1889 nach der Darierschen Veröffentlichung als solcher von Boeck erkannt und befindet sich unter den 4 von diesem Forscher beschriebenen.

Wie bekannt, ist man im allgemeinen über die gröberen geweblichen Veränderungen bei dieser Affektion, zumal dieselben sehr ausgeprägter

---

[1] De la psorospermose folliculaire végétante. *Annales de derm. et de syph.* Heft 7. 1889. Siehe auch: Thibault Observations cliniques pour servir à l'histoire de la Psorospermose folliculaire végétante de Darier. *Thèse de Paris.* 1890.

[2] J. C. White: A Case of Keratosis (Ichthyosis) follicularis. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1889. Juniheft, und Keratosis follicularis, a second case, ebend., 1890. Januarheft.

[3] Prof. Dr. C. Boeck: Vier Fälle von Darierscher Krankheit. *Arch. f. Derm. u. Syph.* XXIII. Jahrg. 1891. Heft 6, und *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. XI. S. 132.

[4] Dr. Lustgarten, On Psorospermosis follicularis. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* 1891, Januarheft, und Or. Duncan Bulkley: Psorospermosis follicularis cutis. *Med. News.* November 1890.

[5] Dr. F. Buzzi und Dr. F. Miethke: Über die Dariersche Dermatose. *Monatsh. f. prakt. Derm.* No. 1 u. 2. 1891.

[6] Prof. Manssuroff: Psorospermosis fibroma molluscum. IV. Kongr. russisch. Ärzte. Sektion f. Derm. u. Syph. *Wratsch.* 1891, ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Heft XII.

[7] Dr. J. Zeleneff. Cf. *The Brit. Journ. of Derm.* August 1891. S. 267.

[8] Schwimmer: *Ergänzungsh. z. Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.

[9] *Forhandlinger i det Norske Medicinske Selskab i Christiania.* 1883. S. 256—258.

Natur sind, einig, und nur die von vornherein von Darier ausgesprochene Ansicht, seine Psorospermose sei ätiologisch auf Psorospermien (Coccidien), zur Klasse der einzelligen Organismen gehörige Lebewesen, zurückzuführen, hat die Forscher in zwei Lager geteilt, und der Streit der Meinungen ist zur Zeit noch nicht entschieden. Zwar soviel ist allerseits von den Nachuntersuchern konstatiert, daſs sich in allen Fällen die von Darier gesehenen fraglichen Gebilde vorfanden, ob jedoch diese die ihnen von Darier zugewiesene Provenienz und ätiologische Bedeutung für den krankhaften Prozeſs thatsächlich besitzen, wie mit Darier, Lustgarten, Manssuroff, Schwimmer (nennt die fraglichen Gebilde Parasiten) meinen oder vielmehr als unschuldige, atypisch verhornende und verhornte Epithelien anzusehen sind, wie mehrere Beobachter nach Darier (Bowen, Buzzi[10] und Miethke, Caesar Boeck) annehmen, das ist noch unentschieden. Es wird sich später, wenn wir das Resultat der mikroskopischen Untersuchung unseres Falles besprochen haben, zeigen, daſs wir nicht Dariers Ansicht teilen. Vorerst wollen wir die Krankengeschichte mitteilen.

Kaufmann G. L. aus Elberfeld, 25 Jahre alt, wurde am 4. Juni d. J. wegen Lues auf die syphilidologische Abteilung aufgenommen. Es fand sich ein Primäraffekt am Präputium, allgemeine Lymphadenitis und ein über Brust und Rücken verbreitetes kleinpapulöses Syphilid. Wir gehen hierauf nicht weiter ein.

Am rechten Unterschenkel, etwa die Mitte der Auſsenseite desselben in Flachhandgröſse einnehmend, gewahrt man nun auſserdem fünf das Hautniveau bis ½ cm überragende Erhebungen, deren gröſste, in der Längsrichtung des Unterschenkels verlaufend, eine Länge von 6½ cm, eine Breite von 3 cm hat; die übrigen vier sind höchstens halb so groſs, unregelmäſsig gestaltet und durch gröſsere oder kleinere Hautpartien von einander getrennt. Die Prominenzen haben eine sepiabraune Farbe und sind auf der Oberfläche ein wenig höckerig. Die flachen Höcker tragen auf der Spitze fast durchgehends einen stecknadelkopf- bis linsengroſsen weiſsen Punkt, der sich leicht mit einer Nadel entfernen läſst. Es ist ein kegelförmiger Körper; die Spitze des Kegels war in die Haut eingebettet, die deshalb nach Entfernung der kleinen Körper nach innen zugespitzte Grübchen zeigt, in welche der weiſse Kegel genau hineinpaſst. Solche grubige Vertiefungen sieht man auch vereinzelt an den Stellen, wo der kegelförmige Körper spontan oder durch Kratzen seitens des Kranken entfernt ist. Die Efflorescenzen sind von harter Konsistenz, sitzen auf der Haut fest auf, und man kann sie wegen ihrer Rigidität nicht falten. Der Abfall zum Hautniveau ist ein unvermittelter, steiler.

---

[10] Siehe Dr. F. Buzzi: Keratohyalin und Eleidin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 8. S. 1 u. 149.

Die zwischen den steilen Erhebungen verbleibende Haut läſst die gleichen weiſsen Pünktchen in groſser Anzahl erkennen und gewinnt so das Aussehen, als sei sie gesprenkelt. Eine das Normale übersteigende Epidermis-Schilferung ist nicht zu konstatieren, doch sieht die Haut hier stark glänzend aus. Haare auf den Prominenzen oder zwischen denselben sind nirgends zu finden, obwohl sonst der Unterschenkel normal behaart ist. Entzündliche Erscheinungen an den Efflorescenzen selbst oder deren Umgebung fehlen gänzlich. Die Affektion verursacht dem Kranken geringes Jucken.

Der Patient ist kräftig gebaut, etwas anämisch. Auſser einer Pityriasis capitis finden sich sonst keine Zeichen von Sekretionsanomalien auf der Haut, auch ist sonst nirgends eine das Normale übersteigende Entwickelung der Hornschicht bemerkbar. Die Nägel der Finger und Zehen sind ganz normal, nicht verdickt oder auffallend gestreift.

Hyperidrosis besteht nicht.

Anamnestisch konnten wir feststellen, daſs vor zwölf Jahren an der entsprechenden Seite des linken Unterschenkels ein nach den Angaben des Kranken ganz analoger Ausschlag bestand; ätiologisch lieſs sich gar nichts über diesen ermitteln; der Patient war damals Schüler, erinnert sich nicht, daſs irgend jemand seiner Umgebung ähnliches darbot, auch ist in seiner Familie eine gleiche Erkrankung nicht vorgekommen.

Nach einigen Jahren — der Ausschlag wurde nicht behandelt, da er dem Kranken keinerlei Beschwerden machte und unauffällig durch seinen Sitz war — sollen sich an Stelle und unter Schwund der Efflorescenzen lochartige Vertiefungen — Geschwüre — entwickelt haben, die durch die Sekretion und stärkeres Juckgefühl den Kranken belästigten, so daſs er sich in ärztliche Behandlung begab. Unter Salbenbehandlung wurden die Ulcerationen geschlossen, an deren Stelle man heute flache, einzeln stehende, unregelmäſsige Narben erkennt.

Im unmittelbaren Anschluſs an die Erkrankung linkerseits entwickelte sich die jetzt sichtbare am rechten Unterschenkel. Der Kranke erinnert sich, daſs vor ca. 7 Jahren, wie er meint, durch Ansteckung von einem Kameraden, mit dem er zusammen diente und häufiger in nähere körperliche Berührung kam, anfangs einfache, punktförmige, weiſse Einlagerungen in die Haut zu sehen waren, die recht heftig juckten. Ganz schleichend seien kleine Knötchen, an der Spitze fast regelmäſsig solch ein weiſses Pünktchen tragend, aufgeschossen, und diese seien alsbald so massenhaft geworden, daſs sie sich zu jenen gröſseren Platten vereinigt hätten, die heute sichtbar sind. Diese Veränderungen bildeten sich so chronisch aus, daſs nach Angabe des Patienten drei Jahre dazu gehörten, bis die Affektion in ihrer jetzigen Form entwickelt war, seit ca. vier Jahren will Patient absolut keine Veränderungen mehr wahrgenommen haben, auch nicht

solche regressiver Natur. Zur Zeit ist das Juckgefühl, wie gesagt, unbedeutend, der Kranke wird durch dieses Leiden so gut wie gar nicht belästigt; dieserhalb hätte er auch ärztlichen Rat nicht eingeholt. Wir fanden es als zufälligen Befund bei der Aufnahme-Untersuchung.

Herr Dr. EICHHOFF glaubte sofort, die Affektion als DARIERS Dermatose auffassen zu müssen, zumal er schon früher einen gleichen Fall gesehen, der sich mikroskopisch in der That als eine Dermatosis DARIER herausstellte und von anderer Seite demnächst beschrieben werden wird. Bei der geringen therapeutischen Erfahrung, die wir zur Zeit noch betreffs dieser Affektion besitzen und da die vorliegende ganz cirkumskript war, wurden die fünf Efflorescenzen auf einmal mit dem Messer excidiert, und nach fünf Tagen war der Kranke davon geheilt.

Mit den von den übrigen Autoren bekannt gegebenen klinischen Einzelheiten verglichen, zeigt unser Fall einige Besonderheiten. Zuerst die geringe Ausdehnung der Dermatose auf eine Hautpartie von kaum mehr als Flachhandgröſse, während die vier BOECKschen Fälle, sowie der von BUZZI und MIETHKE und von MANSSUROFF mitgeteilte eine viel allgemeinere Verbreitung zeigten. Die Symmetrie ist in unserem Falle deutlich ausgesprochen. Die Prädilektionsstellen, als welche BOECK den Haarboden, die Achselhöhlen und Inguinalfalten, die Haut des Unterleibs vom Nabel abwärts, Handrücken und Vorderarm, Gesicht bezeichnet, sind in unserem Falle sämtlich frei, und die Dermatose findet sich an einer Stelle, die im ganzen sehr selten befallen wird. Der chronische Verlauf zeichnet auch unseren Fall aus wie alle anderen.

Über die Frage der Heredität und Kontagiosität verbreitet er kein Licht. Die Heredität ist ausgeschlossen, und auf den Verdacht des Kranken, den jetzt bestehenden Ausschlag könne er von einem Kameraden durch Ansteckung erworben haben, glaube ich kein Gewicht legen zu dürfen.

Die oft erwähnte und von BOECK geradezu als konstant angenommene Nagelerkrankung fehlt.

Was noch die Form der Affektion angeht, so ist ein Konfluieren der Primärefflorescenzen zu gröſseren Flächen, wie in unserem Falle, von BOECK, BUZZI und MIETHKE auch beschrieben. Eine Erweichung der Epidermis, wie in einigen der BOECKschen Beobachtungen, fehlte vollständig, vielmehr waren die Plaques durch ihre auffallende Härte ausgezeichnet. Die Oberhaut abzuheben, war ganz und gar unmöglich, so fest war sie mit der Unterlage verwachsen.

Einen auch häufigen Sitz der Primärefflorescenzen an Stelle der Haarfollikelmündungen haben wir nicht konstatieren können, und können wir uns in diesem Punkte mit BOECK und BUZZI vollkommen vereinigen gegen DARIER und WHITE. Die gelbbraune Farbe der Einzelefflores-

cenzen hat nichts Abweichendes von den sonst gemachten Beobachtungen, wir vermissen jedoch in der Beschreibung von Boeck, Buzzi, Zeleneff und Manssuroff die Erwähnung der in unserem Falle so sehr ausgeprägten weifsen, kegeligen Gebilde, die sich leicht aus ihrem Bett herausheben liefsen. Diese Autoren sahen schwarze Punkte auf den Höhen der Erhabenheiten, die sich nicht herausdrücken liefsen (Buzzi) und die Boeck mit den Schweifsdrüsenmündungen in Verbindung bringen möchte. Derartiges haben wir nicht gesehen. Auffallend ist in unserem Falle endlich der gänzliche Mangel von Einzelefflorescenzen, das ausschliefsliche Vorkommen von durch Konfluenz entstandenen Plaques; diese Erscheinung kann durch das gröfsere Alter unserer Affektion nicht erklärt werden, da z. B. der Buzzische Fall 16 Jahre lang bestanden hatte und dennoch zahlreiche isolierte Papeln zeigte. Dasselbe gilt von Boecks Fällen.

Die Entstehung der gröfseren Plaques aus den von den anderen Autoren genügend geschilderten primären Papeln läfst sich jedoch auch hier klar erkennen, namentlich am Rande.

Wie Darier, konnten auch wir Ausgang in Ulceration beobachten und zwar nach der ganz sicheren, detaillierten Beschreibung unseres Kranken, der, wie schon erwähnt, die Papeln am linken Unterschenkel nach Jahren zu tiefen Geschwüren zerfallen sah. Und dafs es sich an diesem ebenfalls um die fragliche Dermatose gehandelt hat, bezeugen die noch jetzt sichtbaren körnigen, weifsen Einlagerungen in die Haut, die denen rechts analog sind.

Histologische Untersuchung.

Durch die Excision des ganzen Krankheitsherdes stand uns Untersuchungsmaterial in hinreichender Menge zur Verfügung. Vor der Entfernung untersuchten wir einige der beschriebenen Kegel, die wir mit leichter Mühe gewannen. Epidermislamellen konnten wir nicht wie andere Autoren in frischem Zustande untersuchen, wollten wir nicht die ganze Efflorescenz zerstören, denn die Oberhaut safs ganz fest auf.

Die Kegel zwischen Objektträgern mit und ohne Zusatz von Kalilauge oder verdünntem Ammoniak zerrieben, darnach in Wasser oder Glyzerin untersucht, ergaben verhornte, meist kernlose Epithelien und deren Trümmer. Daneben fanden sich in grofser Zahl runde bis ovale, glänzende Kugeln von der Gröfse eines Epithelkernes, in der Farbe nicht von den Epithelien unterscheidbar. Die Färbung solcher Präparate nach Dariers Angabe mit wässeriger Jod-Jodkaliumlösung oder mit Hämatoxylin lieferten ein sehr genaues Bild jener Körper. In der grofsen Mehrzahl nahmen sie die Farbe, auch nach stundenlanger Färbung, nicht an, sondern stachen gerade durch ihren schillernden Glanz und einen fast ungefärbten dicken Rand gegen die Epithelien ab (Grains). Bei Hämatoxylinfärbung fanden wir

vereinzelt Gebilde, die den Corps ronds DARIERS entsprachen und durch einen blaugefärbten Inhalt ausgezeichnet waren. Dieselben hatten eine sehr verschiedene Gröfse und Gestalt, waren manchmal nur halb so grofs wie normale Epithelzellen, manchmal gröfser als solche, bald annähernd oval oder auch rund, bald unregelmäfsig in die Länge gezogen. Alle zeigten am Rande eine hellglänzende, verschieden breite Zone, die wieder nach aufsen von einer dunkleren, derben Kapsel umgeben war.

Im Schnitt sah man die inhaltlosen, kleineren Körper massenhaft verteilt zwischen den den Hornpflock zusammensetzenden Hornzellenlamellen und nur hier und da solche mit einem kernähnlichen Körper innerhalb der Kapsel.

Wie BUZZI setzten wir in feuchter Kammer und bei einer Temperatur von 37° C. einige Hornpflöcke der Einwirkung künstlichen Verdauungssaftes aus, um etwaige Veränderungen der fraglichen Gebilde zu untersuchen. Obwohl wir täglich davon zur Untersuchung entnahmen, so konnten wir dennoch selbst nach vierzehn Tagen auch an gefärbten Präparaten keine Unterschiede gegen die unbehandelten Präparate konstatieren. Die fraglichen Gebilde sind augenscheinlich vermöge ihrer sehr dicken Umhüllung gegen die Verdauung weit resistenter als die übrigen Hornzellen, die doch wesentlich aufgequollen, selbst aufgelöst sich fanden.

Doch gehen wir vorerst zur Besprechung der histologischen Veränderungen im allgemeinen über, wie wir sie an gefärbten Schnitten fanden.

Wir färbten mit Hämatoxylin (BÖHMER), Alaunkarmin, Pikrokarmin, Boraxmethylenblau und Entfärbung mit Glyzerinäther (UNNA), LÖFFLERS Methylenblau, Hämatoxylin und Eosin, Safranin (1% alkoholische Lösung), Anilinwassergentianaviolett, Boraxkarmin und Orcein, Vesuvin.

Die besten Übersichts-Bilder erhielten wir mit Pikrokarmin und nachfolgender Entfärbung mit Salzsäureglyzerin (1%); Hämatoxylin und konzentriertes Anilinwassergentianaviolett thaten uns für die speziellere Betrachtung bessere Dienste.

An Vertikalschnitten bei schwacher Vergröfserung ist das Auffallendste, was das ganze Bild charakterisiert, die enorme Entwickelung der Hornschicht, die, sich tief in das Corium hineinbohrend, treffend als Hornpflöcke bezeichnete Wucherungen gebildet hat. Dieselben sind von so variabler Höhe, von den flachen Einsenkungen beginnend, bis zu solchen, die die normale Hornschicht um das Vier- bis Sechsfache übertreffen, dafs sich allgemeingültiges nicht sagen läfst. Die Höhle, in welcher der Pflock eingekeilt ist, wird von diesem in der Regel bis zur Hautoberfläche ausgefüllt; manchmal fehlen, höchst wahrscheinlich mechanisch ausgefallen, die obersten Hornlamellen, andererseits erheben sich jedoch dieselben um etwas über die benachbarte Oberhaut; eine so

ausgesprochene Erhebung wie Buzzi und Boeck haben wir jedoch nicht gefunden. Eingefaſst wird der Hornpflock allseitig von dem in tiefem Bogen nach abwärts verlaufenden Rete, das durchgehends an diesen Stellen über die Norm verbreitert ist. Oftmals dringen von der Peripherie des den Hornpflock umschlieſsenden Rete besondere, meist schlanke Epithelzapfen und -stränge noch weiter in die Tiefe vor.

An den Cylinderzellen fehlt im Bereich der Hornpflöcke mit Regelmäſsigkeit das sonst reichliche braune Pigment. Die direkt unterhalb eines Hornpflockes gelegenen Papillen sind derartig abgeplattet, daſs man kaum jemals einen Rest von einer Erhebung gegen das Rete wahrnimmt, und niemals ist dieselbe so ausgesprochen, daſs dadurch der regelmäſsige tiefe Bogen, den das Rete um den Pflock beschreibt, noch in der Körnerschicht unregelmäſsig würde. Mit Buzzi und Boeck müssen auch wir einen häufigen Konnex der Hornzellenwucherungen mit den Haarbalgausführungsgängen, wie Darier meint, durchaus in Abrede stellen. Wir haben wiederholt zwischen mächtigen Hornpflöcken den normalen, nicht erweiterten Ausführungsgang verlaufen sehen; andererseits wurden auch in unseren Präparaten hie und da kugelig erweiterte Haarbälge in der papillären Schicht angetroffen, die Cyste verengerte sich jedoch zum Ausgange hin wieder und war mit verfetteten Talgdrüsenepithelien erfüllt.

Die Papillen zur Seite des Hornpflockes sind je nach der Höhe des letzteren verlängert, häufig an der Spitze dendritisch verzweigt. Ihre Breite wechselt; wo zwei Hornpflöcke dicht nebeneinanderstehen, ist die zwischen ihnen befindliche Papille schmal ausgezogen und strebt in langgestrecktem Verlauf zur Oberfläche hin; wo sie durch weitere Abstände der Pflöcke nicht komprimiert werden, sind sie breiter.

Was neben den Hornpflöcken am meisten in die Augen springt, ist die sehr erhebliche Zelleninfiltration der Cutis, die sich zwar vornehmlich auf die Pars papillaris beschränkt, die Pars reticularis jedoch nicht verschont, indem auch hier langgestreckte Bindegewebszüge, dicht durchsetzt mit Rundzellen, wahrzunehmen sind, welche die elastischen Fasern in meist schräg nach abwärts verlaufender Richtung kreuzen. Daſs die Haarbälge und Schweiſsdrüsen der Infiltration die Wege weisen, konnten wir nicht finden.

In der Pars papillaris ist der Zellenreichtum derartig, daſs daneben vom bindegewebigen und elastischen Gerüst nichts aufzufinden ist. Bei Orceinfärbung tritt deutlich das plötzliche Aufhören der elastischen Fasern hervor, sobald man sich im infiltrierten Gebiet befindet, doch gilt das, wie gesagt, nur für die papilläre Schicht der Cutis, während die retikuläre ihren normalen Reichtum an elastischen Fasern beibehält.

Mit der Infiltration, die sich bis an die Spitzen der Papillen erstreckt, ist immer eine sehr erhebliche Vermehrung der Blutgefäſse vergesell-

schaftet, doch läſst sich nicht gerade sagen, daſs in deren Nähe der Zellenreichtum ein gröſserer wäre, als im sonstigen Entzündungsgebiet, denn die Infiltration ist eine völlig dichte, diffus verbreitete. Eine groſse Menge klumpigen Blutpigments fanden, wie Buzzi, auch wir zwischen den Zellen. Die Gefäſsendothelien sind völlig normal. An Stellen, wo es zwar nicht bis zur Entwickelung von Hornpflöcken gekommen ist, das Stratum corneum aber dennoch stark verdickt dem Rete aufliegt, ist keine nennenswerte Zellvermehrung im Corium erkennbar, so daſs es scheint, daſs der Druck von seiten des in die Tiefe vordringenden Epithels als Ursache der reaktiven Entzündung anzusehen ist.

Buzzi wie auch Boeck haben im Bereich der Schleimschicht Spaltbildung beobachtet, so zwar, daſs die Papillen immer noch mindestens eine Reihe Cylinderzellen trugen, nach dem Rete hin aber eine Ablösung der Stachelzellenschicht von der Unterlage stattfand. Derartiges haben wir an keiner Stelle gefunden, sondern die Papillen waren bis zu ihrer Spitze immer von sämtlichen Reteschichten überkleidet.

Die Veränderungen im Rete anlangend, haben wir bereits das Fehlen des Hautpigments in der Schleimschicht an Stellen, wo entwickelte Hornpflöcke existieren, betont, ebenso die gröſsere Dicke des gesamten Rete unter den Hornpflöcken.

Im Stratum cylindricum finden sich bei nach Flemming behandelten Präparaten massenhafte Mitosen, als Ausdruck einer lebhaften Epithelproliferation, doch findet man unter besonders groſsen Pflöcken nicht mehr derselben als unter kleineren. Die Grenze zwischen Papille und Keimschicht ist dort, wo starke Coriuminfiltration besteht, meist verwaschen und nicht scharf, indem Rundzellen oft in reichlicher Menge das Stratum cylindricum, wie auch sogar Stachel- und Körnerschicht, je höher um so sparsamer, durchsetzen.

In der Stachelschicht, wie auch schon in der Keimschicht kann man dort, wo Hornpflöcke ausgebildet sind, ausnahmslos eine mehr oder minder ausgesprochene Lockerung der Zellverbindung konstatieren, die sich jedoch, wie gesagt, niemals bis zu einer Spalt- oder Lückenbildung steigert. Das hängt sicherlich ganz vorwiegend mit dem entzündlichen Prozeſs im Stratum papillare zusammen, der, wie die Leukocyten beweisen, auf das Rete übergegriffen hat. Regelmäſsig ist diese Veränderung am Grunde der Einsenkung am stärksten, zur Seite des Hornpflocks ist die Grenze gegen das Corium meist wieder scharf, das Rete regelmäſsig und frei von lymphoiden Elementen. Fibrin lieſs sich in unserem Falle zwischen den gelockerten Epithelien und weiſsen Blutzellen mit der Weigertschen Methode nicht nachweisen.

Die Lockerung wird begleitet von verschiedenen Formen der Zelldegeneration; die Zellen sind nicht scharf begrenzt, oft in die Länge

gezogen oder anderweitig umgeformt, statt polygonal zu sein. Die Riffelung ist verschwunden. Der Kern ist mannigfach unregelmäfsig, teilweise gezackt und nur in einzelnen Teilen mit kernfärbenden Mitteln färbbar. Die Kernkörperchen vermifst man nicht selten. In diesen Zellen kann man mit Hämatoxylin beginnende Keratohyalinproduktion nachweisen; dasselbe tritt in Form feinster Körnchen um die Kerne herum auf. Das Protoplasma nimmt eine Färbung nur ganz ungenügend an, zeigt vielfältig hellere Lücken. Sehr oft bildet es um den Kern einen hellglänzenden, konzentrischen Ring, während der der Zellmembran anliegende Teil noch sichtbar ist. In dem hellen Saum ist nichts zu entdecken, er besteht also aus einem ganz homogenen Material. Dieses widersteht jeder Färbung, wie uns unsere vielfachen Versuche mit allen gebräuchlicheren Kern- wie Protoplasmafarben gelehrt haben. Solche Zellen haben immer einen ausgesprochen pathologisch veränderten Kern. Der Kern kann auch ganz schwinden oder nur als ein grau-grünlicher Körnerhaufen inmitten eines hellen Hofes verbleiben. Tritt die Homogenisierung des Zellinhalts, durch die Kern und Protoplasma gleichmäfsig betroffen sind, wie häufig in Form einzelner Tropfen inmitten der Zellen auf, so wird der Kern an die Zellmembran gedrängt, der er dann schliefslich plattgedrückt anliegt. Doch bleibt er noch färbbar. Derartig veränderte Zellen richten ihre Gestalt ganz und gar nach den gesunden, und ganz eigentümliche Bildungen sind die, welche lang gestreckt, als schmale Bänder, manchmal noch gewunden, zwischen den normalen Epithelien sich hinziehen, mit plattgedrücktem wandständigen oder auch gar keinem Kern versehen.

Diese Zellveränderungen stellen nichts anderes als den Prozefs der Verhornung, wenn auch in von der Norm abweichender Form, dar; solche findet man in gleicher Weise bei anderen Affektionen (Hyperkeratosen). Dafs sie hier jedoch schon in den untersten Zellreihen der Stachelschicht zu finden sind, weist bereits auf das Wesen dieser Keratose hin. Die bisher genannten Veränderungen sind den Coccidien so unähnlich, dafs man nicht den leisesten Zweifel an ihrer epithelialen Natur hegen kann, sie leiten aber schrittweise zu solchen hinüber, die von Darier als Psorospermien angesprochen und abgebildet sind, und die wir in unseren Präparaten schon in der Stachelschicht fanden. Wir wollen diese jedoch erst später besprechen und an dieser Stelle von der Körnerschicht das bestätigen, was Darier, Buzzi, Boeck daselbst gefunden haben, nämlich auch hier Lockerung des Zellverbandes, sehr grofsen Gehalt der Zellen an Keratohyalin, das hier in grofsen Klumpen auftritt, und die erwähnten Veränderungen des Kerns (mangelhaftes Tinktionsvermögen bei Anwesenheit von Keratohyalin) und Protoplasmas, wie im Stratum denticulatum, dazu ein vermehrtes Auftreten der von Darier so genannten Corps ronds, die in der Stachelschicht doch nur ganz vereinzelt vorkommen.

Die Schicht ist in toto verbreitert an Stellen, wo gröſsere Hornpflöcke sich finden, sonst von normaler Dicke. Boecks und Buzzis Angabe, daſs das Stratum granulosum manchmal überhaupt gefehlt habe, können wir für diesen Fall nicht bestätigen. Der Eleidinstreifen war immer deutlich, doch nicht entfernt so mächtig, wie der des Keratohyalins.

Das Horngebilde endlich besteht aus übereinandergelagerten Lamellen, die wiederum aus meist kernlosen, abgeplatteten Hornzellen gebildet sind. Die Färbung dieser Lamellen, die entsprechend der Krümmung des Rete ebenfalls einen nach dem Corium hin konvexen Bogen beschreiben, ist diffus, abgesehen von den erwähnten recht zahlreichen, kleinen, runden oder ovalen, hellglänzenden Kugeln und viel spärlicheren anderen Gebilden, die, oft gröſser als eine Epithelzelle, einen mit Pikrokarmin gelb-rot, mit Gentianaviolett, Hämatoxylin und Methylenblau dunkelblau färbbaren Inhalt zeigen und von denen erstere den Grains, letztere den Corps ronds Dariers entsprechen. In den der basalen Hornschicht entsprechenden Lamellen färben sich die Kerne der noch nicht gänzlich verhornten Zellen ebenfalls. Jene beiden Arten von Gebilden, die wir auch schon bei der Beschreibung der frisch zerriebenen Hornpflöcke nennen muſsten, sind zwischen den Lamellen unregelmäſsig eingestreut; es giebt Hornpflöcke, wo nur eine Art zu finden ist; immer treten dieselben jedoch an Masse gegen normal verhornte Oberhautzellen bedeutend zurück. Mikrokokken haben wir wohl mittelst Färbung mit Boraxmethylenblau und Entfärbung mit Glyzerinäthermischung (Unna) im Hornpflock nachweisen können, in der Tiefe jedoch niemals. Dieselben sind gewiſs ätiologisch nicht in Betracht zu ziehen. Auffallend ist, daſs zwischen der basalen Hornschicht und der Körnerschicht bei Färbung mit Pikrokarmin, wie auch mit Gentianaviolett und Hämatoxylin eine fast ungefärbte Sichel am Grunde des Horngebildes bestehen bleibt, während die darunter befindliche Körnerschicht, wie auch die darüber gelegenen Hornzellen-Lamellen satte Tinktion aufweisen. Jedenfalls beruht diese Erscheinung darauf, daſs der Verhornungsprozeſs noch nicht so weit das Zellmaterial verändert hat, daſs es wie die ganz verhornten Zellen des Pflockes diffus sich färbt, jedoch schon stärker als die Zellen des Stratum granulosum und lucidum, deren Keratohyalin- und Eleidingehalt auch wieder starke Färbung bedingen.

Wie erwähnt, überragte in unserem Falle das Horngebilde kaum das Niveau der benachbarten Hornschicht. In unserem Falle war die Erhebung der Efflorescenzen in Papelform über das Hautniveau eigentlich durch den Entzündungsprozeſs in der Papillarschicht bedingt.

Das Gesagte resümierend, finden wir eine mit den Haarbälgen nicht zusammenhängende epitheliale Wucherung (Hyperkeratose) mit Einsenkung des lebhaft proliferierenden Rete in das Corium, sekundärer Entzündung des letzeren, namentlich der papillaren Schicht. Daneben eine schon in

der Stachelschicht anhebende, zu von der Norm abweichenden Produkten führende Verhornung — Parakeratose. Es bleibt uns noch übrig, auf die sogenannten Psorospermien näher einzugehen.

Bekanntlich hat sie Darier als Grains und Corps ronds unterschieden und Lustgarten, Buzzi und Miethke sind ihm darin gefolgt. Letztere stellen sogar noch einen als Mittelglied geltenden Typus auf; die Grains sind kleiner als die Corps ronds und liegen vorzugsweise zwischen den Hornzellen-Lamellen, nach Buzzi und Miethke, Lustgarten und Bowen manchmal innerhalb von Epidermiszellen, nach Boeck niemals; die Corps ronds sind grofse, runde Zellen mit färbbarem Kern, granuliertem Protoplasma, das Eleidin enthält, und vorzugsweise im Rete (Stachel- und Körnerschicht) gelegen. Beide Arten zeichnen sich durch eine derbe, doppelt konturierte Kapsel aus. Diejenigen Grains, die gröfser als die gewöhnlichen, eine deutlich hyaline Membran, einen feinkörnigen Inhalt nebst Kern besitzen, welch' letzterer von einem hellen Hof umgeben ist, endlich extracellulär liegen, halten Buzzi und Miethke für Übergangsformen.

Wir haben schon an anderer Stelle unsere Resultate mitgeteilt, die wir mit der künstlichen Verdauung der Hornpflöcke, mit der frischen Untersuchung derselben in verdünntem Ammoniak und ohne dieses in einfachem Glyzerin, mit der Darierschen Färbung der zerriebenen Hornmassen wie auch von Schnitten in Lugolscher Lösung erzielten. Wir bekamen wohl „Grains“ und Corps ronds zu Gesicht, doch deutlich waren die feineren Besonderheiten nicht, und Deutlichkeit hierin erzielten wir erst durch die Färbung von Schnitten mit Böhmers Hämatoxylin, Löfflers Methylenblau, Anilinwassergentianaviolett, während uns das von Buzzi und Boeck empfohlene Pikrokarmin für diesen Zweck weniger leistete: die Grains wie die Corps ronds traten bei der erst genannten Behandlung viel deutlicher hervor, wenn auch keine distinkte Färbung zu erreichen war. Über das von Boeck angewandte Karbolsafranin besitzen wir keine Erfahrung, doch gab uns 1% alkoholische Safraninlösung auch gute Resultate, namentlich war damit der Kern gut sichtbar zu machen.

An mit Hämatoxylin gefärbten Schnitten findet man mit Zeiss' homogener Immersion $^1/_{12}$ in der Stachelschicht (wir wählen solche Stellen, die unter einem Hornpflock liegen) fast gar keine normalen Epithelien mehr vor, indem dieselben, wie gesagt, zum gröfsten Teil glänzende, homogene Lücken, zum Teil als konzentrischer Ring um den Kern gelagert, zum Teil unregelmäfsig in dem sonst granulierten Protoplasma verteilt, aufweisen. Der Kern ist nicht bläschenförmig, sondern verschiedentlich verzerrt, sein Chromatin nimmt lange nicht die Blaufärbungen wie die Leukocyten des Corium an und ist körnig. Ein Kern-

körperchen ist meist noch sichtbar; der Zellzusammenhang ist vielfach gelockert durch vordringende Leukocyten, die Riffelung oft verschwunden, die Zellmembranen nicht sehr deutlich.

Je weiter wir uns der Hautoberfläche nähern, um so stärkere Veränderungen treffen wir an. Die, wie wir glauben, hyaline Entartung des Protoplasmas, wodurch die erwähnten homogenen Lücken in der Zelle entstehen, kann so weit sich steigern, daſs normales Protoplasma ganz fehlt; dann präsentiert sich eine glänzende runde, oder unregelmäſsig verzogene Fläche, die meist eine derbe, dunklere, als Kapsel anzusehende Begrenzung zeigt. Der Kern ist in diesem Falle meistens nicht mehr zentral gelegen, sondern er scheint vor dem stetig sich vergröſsernden hyalinen Umwandlungsprodukt auszuweichen, er nimmt die merkwürdigsten und variabelsten Formen an und liegt schlieſslich als schmale Sichel der Kapsel knapp an; er verliert auch an Volumen erheblich. Dabei haben wir oft beobachtet, daſs er seine Chromatinkörner und das Kernkörperchen eingebüſst hat und ebenfalls homogen geworden ist. Dennoch färbt er sich immer, im Gegensatz zum übrigen Zellinhalt. Öfters verschwindet er gänzlich, man hat dann ein ganz homogenes Gebilde vor sich, (Cavités vides nach DARIER), das nicht tingibel ist.

Wir müssen hervorheben, daſs die bisher beschriebenen Veränderungen fast regelmäſsig mit einer allgemeinen Vergröſserung der Zellen einhergehen, dieselben erscheinen wie gebläht und rund. Im Stratum granulosum treten in den vorhin beschriebenen Zellformen mit Ausnahme der Cavités vides besondere, mit Hämatoxylin, doch auch mit Pikrokarmin gut sichtbar zu machende Keratohyalinkörner in Menge auf, doch, wie es scheint, mehr im Gebiet des noch normalen Protoplasmas, als im homogen veränderten. Bei Gentianaviolett-Färbung erkennt man im Centrum der spindelförmigen, mit Keratohyalinkörnern dicht besetzten Zellen fast konstant einen linsenförmigen, hellglänzenden Körper ohne Keratohyalin. Möglich, daſs dieser der bei dem Verhornungsprozeſs untergangene Kern ist. Im Stratum lucidum, das manchmal nicht sonderlich hervortritt, trifft man Eleidin, die Zellen werden immer schmaler, und der langgestreckte, strichförmige Kern ist nur noch in den untersten Hornlamellen sichtbar zu machen, am besten mit Pikrokarmin und Hämatoxylin.

Nachdem wir so den weitaus gröſsten Teil der Epithelien bis hierher verfolgt haben, wollen wir jetzt die Abweichungen ihrer Entwickelung von diesem sozusagen typischen Gange ihrer Formveränderung betrachten. Dieselben sind sehr mannigfaltig und beginnen gleichfalls schon in der Stachelschicht. Namentlich bei Färbung mit Gentianaviolett sieht man Gebilde, die denen im Beginn der hyalinen Degeneration insofern gleichen, als auch bei ihnen der konzentrische, hell glänzende,

stark lichtbrechende Ring im Zellprotoplasma vorhanden ist; derselbe läuft jedoch an der Peripherie der Zelle und hat nach aufsen nur noch den doppelt konturierten derben Zellmantel, nach innen jedoch ist die eigentliche Masse der Zelle als granulierte, stark tingierte Scheibe höchst auffallend. In letzterer läſst sich nur bei wechselnder Einstellung des Objektivs central der Kern erkennen. Vermöge der Gröſse der tingierten Scheibe treten schon bei schwacher Vergröſserung diese Abarten deutlich hervor vor den normalen Epithelien mit ihrem im Verhältnis viel kleiner gefärbten Kern. Es ist jedenfalls eine zwiefache Alteration des Protoplasmas vorhanden, die sich in der von der Norm abweichenden Tinktion, 1. der Randzone, die ganz homogen, aussieht und absolut ungefärbt ist, 2. des den Kern umgebenden tiefblau gefärbten Anteils, kundgiebt.

Diese Gebilde sind allemal viel gröſser, als die normalen Epithelien, sie finden sich namentlich in der Stachel- und Körnerschicht, doch auch weniger zahlreich im Hornpflock. In diesem sind sie zwischen einzelnen Lamellen eingebettet, diese auseinanderdrängend. Es sind die von Darier so genannten „Corps ronds“ und, wie schon Boeck abweichend von Buzzi betonte, immer extracellulär gelegen. Im Rete ist häufig keine so scharfe Umgrenzung gegen die periphere homogene Zone zu bemerken. Sie sind identisch mit den auf Fig. 6 bei Buzzi abgebildeten, häufig nicht so regelmäſsig rund wie dort gezeichnet. Je höher hinauf man sie antrifft, um so öfter wird man Gelegenheit haben, sie von der Gröſse normaler Epithelien zu finden, manchmal auch kleiner. Auch nimmt der im Rete deutliche körnige Charakter des Centrums ab, und die Färbung ist mehr eine gleichmäſsige, daher der Kern auch meistens successive dem Gesichtssinn entschwindet und nur vereinzelt in den kleineren Exemplaren dieser Art als dunklerer Punkt bestehen bleibt.

Der Name „Corps ronds“ ist unserer Meinung nach nicht günstig gewählt, da es eine groſse Zahl von namentlich länglich gedehnten Körpern giebt, die im übrigen den „Corps ronds“ völlig gleichen. Dieselben trifft man zwischen den Hornlamellen häufiger als im Rete, und wir haben Bilder gesehen, die es sehr wahrscheinlich machen, daſs sie aus der Vereinigung mehrerer „Corps ronds“ hervorgegangen sind, und es würde diese Annahme im Einklang stehen mit der vereinzelt in der Stachelschicht zu machenden Beobachtung von Epithelzellen mit 3—5 Kernen. Eine Art „Corps ronds“ ist uns ferner häufig entgegengetreten, die sich dadurch von den übrigen unterscheidet, daſs ihr körniges Centrum auch den zuverlässigsten Kernfärbungen widersteht und als graue, mitunter in der Mitte einige grünlich schillernde gröſsere Körnchen beherbergende, Körneransammlung bestehen bleibt, in der man nur selten einen hell glänzenden Kern erblickte. Daſs sie thatsächlich von den typischen „Corps ronds“

verschieden sind, beweist ihr gleichzeitiges Vorkommen mit diesen in einem und demselben Präparat.

Wie Buzzi und Miethke, sowie Boeck, so fanden auch wir, doch nur an den im Rete gelegenen „Corps ronds“ eine Anlagerung ganz schmaler Epithelien konzentrisch um dieselben herum, so daſs den Krebsperlen ähnliche Bilder entstanden. Es ist gewiſs das Natürlichste, anzunehmen, daſs die Abplattung der umgebenden Zellen durch Druck von seiten der geblähten und viel resistenteren „Corps ronds“ selbst verursacht ist.

Wie gesagt, haben wir uns von dem intracellulären Sitz der „Corps ronds“ in den Epithelzellen nicht überzeugen können. Die typischen, von Buzzi auf Fig. 6 abgebildeten „Corps ronds“ liegen immer extracellulär, denn wir verstehen unter „Corps ronds“, wie aus dem vorstehenden hervorgeht, selbst Epithelzellen, die einen feinkörnigen Inhalt mit meist sichtbarem Kern zeigen, nach auſsen von einem verschieden breiten konzentrischen, hell glänzenden, homogenen Ring umgeben sind, auf den dann eine derbe, doppelt konturierte Zellmembran folgt, die als Kapsel imponiert. Ob Buzzi nicht allein den feinkörnigen Inhalt unserer und auch Boecks Psorospermien schon als „Corps rond“ auffaſst, der dann natürlich immer intracellulär gelegen ist, ist uns nach seiner Beschreibung zweifelhaft. Boeck (s. Taf. 17) und Dariers (s. Fig. 4 e und f) Bilder beweisen, daſs diese Forscher den stark lichtbrechenden Mantel und die Kapsel als zum „Corps rond“ gehörig betrachten, und ersterer hebt daher hervor, daſs sie immer extracellulär liegen.

Wir wollen nicht vergessen, zu erwähnen, daſs wir ganz vereinzelt, und zwar an mit alkoholischer Safranin-Lösung gefärbten Präparaten in einer sog. Psorospermie neben dem beschriebenen granulierten Inhalt, der sogar den Kern erkennen lieſs, noch einen zweiten Kern entdeckt haben, der der Kapsel dicht anlag. Doch beweist dieser Befund unseres Erachtens nichts gegen die epitheliale Natur der körnigen Einlagerung, da diese Psorospermien durch ihre Gröſse und den gekerbten Rand andeuteten, daſs sie durch Verschmelzung mehrerer Epithelzellen entstanden sind.

Auch wir glauben, daſs die epitheliale Natur der sog. Psorospermien bewiesen wird durch die dem Keratohyalin und Eleidin im Stratum granulosum und lucidum analoge Farbenreaktion des Psorospermien-Inhalts, wenn man Hämatoxylin oder Pikrokarmin anwendet.

Über die sog. „Grains“ können wir uns kürzer fassen. Wir fanden, was sie betrifft, nicht mehr und nicht weniger als unsere Vorgänger. Dieselben liegen durch den ganzen Hornpflock verteilt in der Richtung der Hornlamellen nebeneinander, sind rund, oval und birnförmig, viel zahlreicher als die „Corps ronds“ und etwa von der Gröſse eines Zellenkerns in den Rete-Schichten. Ein Teil von ihnen ist ganz homogen, stark lichtbrechend,

kern- und protoplasmafrei, immer von einer derben, dunkler erscheinenden Kapsel umschlossen. Diese färben sich auf keine Weise und fallen schon dadurch in dem diffus gefärbten, verhornten Zellenmaterial auf. Die Kapsel nimmt allerdings eine geringe Färbung an. Es sind dies dieselben Gebilde, die dem Verdauungsversuch 14 Tage hindurch widerstanden. Eine zweite Art zeigt ein in wechselndem Maſse durch Färbung darstellbares granuliertes Protoplasma und nur höchst selten einen Kern. Das Protoplasma reicht manchmal ganz dicht an die Kapsel heran, in anderen Fällen bleibt es von letzterer geschieden durch einen konzentrischen, meist sehr schmalen Saum jener homogenen Substanz, aus welcher die andere Art allein bestand. Das körnige Protoplasma ist meist nur in minimaler Weise tingiert, erscheint meist etwas grünlich schillernd und ist gegen den homogenen peripheren Saum scharf begrenzt. Sie unterscheiden sich nur durch ihre viel geringere Gröſse von den früher beschriebenen „Corps ronds“ im Rete, deren Inhalt intingibel blieb. Diejenigen, die die Farbe (Gentianaviolett, Pikrokarmin, Methylenblau, Safranin) genügend annehmen, rechnen wir zu den „Corps ronds.“ Alle sind extracellulär gelegen. Die Eindrücke, welche die benachbarten Epithelien zeigen, sind als durch Druck von seiten der „Grains“ und „Corps ronds“ entstanden zu denken.

Deutliche Kerne haben wir nur bei letzteren gefunden und glauben uns deshalb um so mehr berechtigt, diese den „Corps ronds„ zuzuzählen. Doch wie schon Boeck richtig hervorhebt, sind die Übergänge zwischen „Grains“ und „Corps ronds“ so allmähliche, daſs man sich nicht wundern darf, wenn die Grenze von verschiedenen Untersuchern in verschiedener Weise gezogen wird. Und gerade diese Übergangsformen sind ein deutlicher Beweis für unsere Anschauung, daſs auch die „Grains“ epidermidaler Natur sind. Wir glauben, daſs diese ganz homogenen Gebilde das Endprodukt des Verhornungsprozesses darstellen, der schon, wenn auch in anomaler Form, in den tiefsten Schichten des Rete anhebt. Wir gehen auf die Gründe Dariers für seine parasitäre Auffassung der beschriebenen Gebilde nicht weiter ein; sie scheinen uns sehr unzulänglich und werden durch den Hinweis auf die doch sehr bestrittene parasitäre Ätiologie des Molluscum contagiosum, der Pagetschen Krankheit, ja sogar der wahren Epitheliome nicht gestützt, wie Buzzi und Miethke gebührend betont haben. Unsere gegenteilige Ansicht stützt sich vor allem auf die nahen Beziehungen, welche zwischen den eben beginnenden, dem Verhornungsprozeſs angehörigen Veränderungen der Epithelzellen in der Stachel- und Körnerschicht und den normalen Zellen dieser Schichten bestehen, Veränderungen, die man an demselben Präparat nebeneinander sieht. Hält man jene Gebilde nicht für Parasiten — und das ist unmöglich, wenn man sie mit den normalen Epithelien vergleicht —, so kann man die, wie zuzugeben ist, recht fremdartig sich ausnehmenden,

ausgebildeten „Corps ronds“ und „Grains“ auch nur als in der Verhornung weiter vorgeschrittene Epithelien ansehen, denn die Entwickelungsreihe geht ununterbrochen von jenen zu diesen. Der Nachweis von Keratohyalin und Eleidin, Substanzen, die, wie BUZZI nachgewiesen, mit der Verhornung in engstem Zusammenhang stehen, die Thatsache, daſs den fraglichen Gebilden ähnliche auch bei anderen Affektionen, namentlich Hyperkeratosen, sich finden (UNNA), das bisher stets negative Resultat experimenteller Übertragung (DARIER, BOWEN) von Mensch zu Mensch bestärken uns in der Annahme, daſs „Corps ronds“ und „Grains“ verhornende Epidermiszellen sind und mit Coccidien nichts zu thun haben; wir schlieſsen uns also anderen Forschern, welche eine gründliche mikroskopische Untersuchung ihres Falles vornahmen, wie BOWEN, BUZZI und MIETHKE, BOECK, in der Psorospermienfrage an und differieren, wie aus dem Gesagten hervorgeht, nur in histologischen Einzelheiten von unseren Vorgängern.

Die Möglichkeit, daſs andere Parasiten die Hyper- und Parakeratose DARIERS verursachen, bleibt selbstverständlich bestehen, und späteren Untersuchungen ist vorbehalten, hierin weiteres zu erforschen. Vor der Hand ist jedoch die „Psorospermose folliculaire végétante“ und mit ihr die Störung in der Verhornung der Epidermiszellen, welche die wunderbaren, viel besprochenen Bildungen liefert, ätiologisch noch nicht erklärt.

Aus Dr. UNNAs Poliklinik in Hamburg-St. Pauli.

Bericht
über ihre Thätigkeit vom 1. Oktober 1891 bis zum 1. Juli 1892.

Von

Dr. ARTUR STRAUSS,
Assistenzarzt.

(Schluſs.)

III.

Einen auſserordentlich akut verlaufenen Fall von Trichophytia circumscripta (Nachtrag zu Kap. 7), bei welchem Natriumchloroborosumpflastermull eine gute und schnelle Wirkung hatte, stellt die beigegebene Abbildung (Fig. 1) dar.

Unter Jucken entstand binnen drei Tagen auf dem rechten Unterarm aus einem kleinen roten Flecke eine fast flachhandgroſse, runde,

tiefrote, mit kleinen gelben Bläschen besäte, mit einem breiten Walle peripher fortschreitende Efflorescenz; das Centrum war von hügeligen durch blafsrote, teils kreisförmige, teils radienförmige Furchen getrennten Erhabenheiten eingenommen. Auf der übrigen Haut keine Veränderungen. Die von Lanugohaaren angelegten Kulturen fielen negativ aus. Das Bild war aber ein so typisches, dafs an der Diagnose einer Trichophytie nicht zu zweifeln war.


Fig. 1.

Die Rückbildung erfolgte in 6 Tagen. Die entzündlich geschwollene Hornschicht flachte sich unter Eintrocknung der Bläschen und leichter Schuppung ab. Die Rötung verschwand allmählich.

Lupus.

Alter der Patienten	m.	w.	Summa
unter 10 Jahren	4	—	4
10—20 Jahre	1	3	4
20—30 Jahre	1	1	2
30—40 Jahre	1	1	2
40—50 Jahre	—	3	3
50—60 Jahre	—	2	2
60—70 Jahre	—	—	—
70—80 Jahre	1	—	1
Summa....	8	10	18

Sitz des Lupus:

Gesicht (diffus)	6	Fälle
Backen	2	„
Nase	2	„
Ohr	2	„
Larynx und Gaumen	1	Fall
Arm	3	Fälle
Hand	1	Fall
Patella	1	„

Was hereditäre Belastung und Komplikationen betrifft, so ergaben die Anamnese und die objektive Untersuchung in 11 Fällen ein negatives Resultat.

Lungenphthise wurde sicher nur einmal nachgewiesen.

Einmal war sie fraglich; in diesem Falle fand sich auch Atrophie eines Bulbus.

Einmal wurden Knochentuberkulose und Scrophulodermata, einmal Scrophulodermata allein konstatiert.

Sogenannte Skrophulose wurde zweimal bei den Patienten festgestellt, einmal bei Vater und Mutter eines fünfjährigen Knaben in ihrer Jugend.

Wegen seiner eigentümlichen Form schildere ich den folgenden Fall:

Es handelte sich um eine 41 jährige Frau, welche in früheren Jahren siebenmal, manchmal unter Fieberanfällen, an „Blatternrose“ im Gesicht gelitten hatte, dann mehrere Jahre davon verschont blieb. Vor $1^1/_2$ Jahren abermals Rose, welche mit Fieber an der Nase begann und sich auf die Wange fortsetzte. Seitdem bemerkte sie Knötchen im Gesicht, die sich allmählich vergrößerten und ulzerierten, bei Auftreten der Rose teilweise auch wieder schnell verschwanden.

Patientin hatte in früheren Jahren mehrere Male Hämoptoë, zum letzten Male vor ca. 2 Jahren. Ihr Vater starb an galoppierender Schwindsucht, ein Kind an chronischer Lungenphthise. Eine 20 jährige Tochter leidet an Lungenphthise, während zwei jüngere Kinder gesund sind. Sie hatte viermal Abort.

Status praesens. Im allgemeinen gesundes Aussehen, leicht bräunlicher Teint. Etwas enger Therax. Diffuse Rötung und Schwellung beider Wangen und der Nase, namentlich der Nasenspitze und der Oberlippe. Fast symmetrisch auf der Nase, den Wangen und der Oberlippe teils isolierte Knötchen, welche bei Druck diaskopisch[3] ein braunes Infiltrat zurücklassen, teils verruköse Efflorescenzen von ca. Zehnpfennigstückgröße, mit einem meist kreisförmigen, wallartigen, braunroten Rande

---

[3] Diaskop heißt das von UNNA angegebene gläserne Compressorium (man bedient sich am einfachsten eines gläsernen Plessimeters), welches Infiltrate und deren Farbendifferenzen nach Abzug der Blutfarbe erkennen läßt.

und einem eingesunkenen, gelblich-braunen, mit Krusten und Borken bedeckten Centrum. Nach Entfernung der Krusten zeigt sich eine leicht blutende, höckerige, papillomatöse Granulationsfläche. In der Tiefe knotenartige Infiltrate.

Lungenbefund: Auf der linken Spitze etwas verschärftes Exspirium mit kleinblasigen Rasselgeräuschen.

Die Kranke wurde, nachdem sie kurze Zeit poliklinisch versuchsweise ziemlich erfolglos mit 10%iger Natriumchloroborosumsalbe auf der linken, mit Salicylpflastermull auf der rechten Seite behandelt war, in die Klinik aufgenommen, in welcher sich namentlich unter 50%iger Resorcinpaste die Efflorescenzen allmählich, im Verlaufe einiger Monate, unter mehrmaligem Auftreten lymphangitischer fieberhafter Schwellungen der Haut, der Wangen und der Nase zurückbildeten. Die Wangen sind aber noch beiderseits derb geschwollen. Die Farbe der Haut ist eine rot-violette. Die Efflorescenzen zeigen einen kaum mehr hervortretenden Wall, das Centrum ist wenig mehr eingesunken, hie und da von grau-weißlicher Farbe; in der Tiefe noch starke Infiltrate. Nasenspitze glänzend, ohne Ulzerationen. Auf Nasenrücken und beiden Wangen viele stecknadelkopfgroße Knötchen mit braunen Infiltraten. Überall oberflächliche Abschuppung.

Lungenbefund: Linke Spitze keine deutliche Dämpfung, aber saccadiertes Inspirium, abgeschwächtes Exspirium. Auf der Höhe der Inspiration einzelne kleinblasige Rasselgeräusche.

Das rein klinische Bild stellte sich als eine Affektion dar, welche dem Lupus am meisten ähnelte. Die typische Knötchenbildung, die Farbe der Efflorescenzen, die Lokalisation und die Anamnese wiesen darauf hin. Die eigentümliche Form aber der Efflorescenzen, sowie der Verlauf unterschieden dieselbe von einem Lupus vulgaris. Nun findet man aber in französischen Lehrbüchern Formen des Lupus beschrieben, unter die sich auch unser Fall einreihen lassen würde. Besnier und Doyon äußern sich in ihrer neuen Auflage der Übersetzung des Kaposischen Lehrbuches etwa folgendermaßen: Es giebt Formen des Lupus, welche durch Mischinfektion eigentümliche Bilder darstellen und die Diagnose sehr schwierig machen können. Durch Krustenbildungen, Wucherungen, interstitielle Induration, papillomatöse Neubildungen, Atrophien, Substanzverluste können so viele vom Lupus vulgaris verschiedene Bilder erzeugt werden, daß eine Anzahl derselben ganz verschiedene Krankheiten vortäuschen kann, Syphilis, Epitheliome, selbst Rhinosklerome, Papillome, Folliculitiden. In solchen Fällen sind hereditäre Verhältnisse, eine genaue klinische Anamnese von größter Bedeutung.

Es werden nun Formen solcher Art beschrieben, wie Lupus tuberculogummosus in kleinen Herden, Lupus impetigo, welcher sehr multiform,

hauptsächlich bei jüngeren Individuen, im Gesicht, in der Umgebung der Augen, auf Stirn, Nasenrücken auftritt, sehr langsam verläuft, schliefslich das Gewebe zerstört und Narben bildet.

Eine andere Form des Lupus tuberculogummosus entwickelt sich entweder aus typischen Lupusknötchen oder aus gummiartigen, sich rötenden und langsam ulzerierenden Knoten, nimmt dann die Gestalt des Lupus exulcerans an. Er tritt im Gesicht, am Halse, auf dem Rumpfe oder an den Extremitäten vereinzelt oder gruppenweise auf. Die einzelnen Efflorescenzen tragen im Centrum eine braune, muschelförmige Kruste, während der Rand erhaben und von einem roten Ringe umgeben ist.

Wieder andere Formen gleichen der Rupia mit ihren krustösen Ablagerungen, oder einem krustösen tuberkulo-gummösen Syphilid etc., kurz, es kann schwierig sein, zu entscheiden, ob man ein tuberkulo-gummöses Syphilid, ein gewöhnliches tuberkulöses Gumma oder einen tuberkulo-gummösen Lupus vor sich hat.

Diese Schwierigkeiten bieten sich auch in unserem Falle. Die eigentümlichen, meist kreisrunden, napfförmigen, am Rande verrukösen Efflorescenzen von fast gleichmäfsiger Gröfse und symmetrischer Anordnung im Gesicht, mit ihren gummiartigen tiefen Knoten, papillomatösen Wucherungen im Centrum, mit ihren typischen Knötchen in der Umgebung, mit ihrem langsamen, sehr wenig zur Ulzeration neigenden Verlaufe sind den tuberkulo-gummösen Formen sehr ähnlich. Für Lupus spricht nachdrücklich auch die schwere hereditäre Belastung, die Phthise der Patientin selbst, wenn auch die vier Aborte, ohne dafs sonst ein Verdacht vorläge, die Diagnose einer tertiären luetischen Affektion nicht ganz von der Hand weisen, eine Mischinfektion aber, wie sie von den Franzosen beschrieben wird, höchst wahrscheinlich machen. Zur Sicherung der Diagnose sind in diesem Falle nicht nur die histologische Untersuchung, sondern auch die Überimpfung auf Meerschweinchen, resp. Kaninchen, die Prüfung der Reaktion auf Tuberkulininjektionen und der Wirkung des Jodkalium unumgänglich notwendig. Diese Untersuchungen sind im Gange. Solange man jedenfalls nicht die Diagnose eines Lupus oder einer Lues ausschliefsen kann, solange ist meines Erachtens diejenige einer neuen Hautkrankheit nicht gerechtfertigt. Herr Dr. UNNA selbst wird über diesen Fall noch eingehender berichten.

Zur poliklinischen Behandlung des Lupus bemerke ich, dafs, soweit nicht eine energische chirurgische in Betracht kam, Salicyl-, Salicylkreosot-, Quecksilberkarbolpflastermull, 0,1%ige Sublimatumschläge, Acidum carbolicum liquefactum, bei isolierten Knötchen der Mikrobrenner oder Paquelin mit nachfolgenden Bleiwassersublimatumschlägen in Anwendung kommen.

Von den konservativen Mitteln gebe ich dem Salicylkreosotpflastermull und Pinselungen mit Acidum carbolicum liquef., eventuell unter gleichmäſsiger Benutzung des Paquelin, den Vorzug.

Lues.

Dem Alter nach verteilen sich die Fälle folgendermaſsen:

Lues I.

Alter	m.	w.	Summa
20—30 Jahre	7	—	7
30—40 Jahre	2	—	2
40—50 Jahre	1	—	1
Summa....	10	—	10

Lues II.

Alter	m.	w.	Summa
10—20 Jahre	—	1	1
20—30 Jahre	18	12	30
30—40 Jahre	7	5	12
40—50 Jahre	2	2	4
50—60 Jahre	1	1	2
Summa....	28	21	49

Lues III.

Alter	m.	w.	Summa
20—30 Jahre	1	5	6
30—40 Jahre	1	5	6
40—50 Jahre	2	3	5
50—60 Jahre	—	4	4
60—70 Jahre	—	2	2
Summa....	4	19	23

Von der Gesamtsumme von 82 Luetischen entfallen 42 auf das männliche, 40 auf das weibliche Geschlecht.

Dem Stande nach waren die meisten Männer Kellner, Seeleute und Arbeiter. Von den Weibern waren 12 ledig, 24 verheiratet, 4 Witwen.

Der Primäraffekt saſs einmal an der Unterlippe.

Leucoderma syphiliticum wurde zweimal beobachtet.

Unter den tertiär luetischen Fällen befanden sich 6 Ulcera cruris specifica, eine Rupia syphilitica.

Ein 45jähriger Arbeiter, welcher wegen eines Geschwüres an der Zungenspitze die Poliklinik aufsuchte, gab an, nie an Lues gelitten zu haben. Seine Frau war gesund, hatte einen Abort. Patient hatte vor 6 Jahren ein Geschwür an der Zunge, welches spontan ausheilte.

Die objektive Untersuchung ergab, daſs sich an der rechten Seite der Zungenspitze zwei kleinere bohnengroſse Knoten, an der linken ein etwas gröſserer, oberflächlich ulzerierter und mit Eiter bedeckter Knoten vorfanden, desgleichen ein gleich groſser an der linken Seite der Unterlippe, über dem die Haut oberflächlich abgeschürft war, endlich einer in der Mitte der Unterlippe. Auf der Zunge Reste von Leukoplakie. Keine sonstigen Schleimhauteffloreseenzen, keine Drüsenschwellungen, keine Pigmentflecke, keine Narben, überhaupt keine Anzeichen, welche für Lues hätten sprechen können.

Die trotzdem auf tertiäre Lues der Zunge und der Lippen gestellte Diagnose wurde bald durch die antiluetische Therapie (Kalium jodatum) bestätigt. Die Ulzeration verheilte in kurzer Zeit, die Gummata bildeten sich in einigen Wochen zurück.

Ein Fall von Tarsitis luetica wurde uns von Herrn Prof. DEUTSCHMANN freundlichst zugesandt. Es handelte sich um einen 45jährigen Schiffer, welcher im Jahre 1872 an hartem Schanker, kurze Zeit darauf an Iritis plastica gelitten, in Kiel behandelt und angeblich geheilt wurde. Am ganzen Körper in Gruppen zerstreutes, kupferfarbiges, grofs-papulöses Syphilid. Zahlreiche Papeln ödematös. Diaskopisch zeigt sich ein rötlich-braunes Infiltrat. Beide Tarsi der unteren Lider stark verdickt, die Knorpel sind als eine harte, etwas unebene Masse zu fühlen. Conjunctiva bulbi injiziert. Sonst keine Erscheinungen von Lues.

Zu beachten ist, dafs Patient sich vor 20 Jahren infiziert hatte, angeblich geheilt wurde, und dafs nach 20jähriger Gesundheit, ohne dafs Anzeichen einer frischen Lues sich hätten finden lassen, ein grofs-papulöses Syphilid und eine Tarsitis luetica auftraten. Nach einer längeren Seefahrt stellte sich Patient wieder vor. Unter dem Einflufs des Jodkalium hatte sich das Syphilid sehr zurückgebildet.

Einen Fall, welchen Herr Dr. UNNA im vorigen Winter seiner grofsen Seltenheit wegen im Hamburger ärztlichen Verein[2] vorstellte, teile ich im folgenden mit:

Elise M., 22 Jahre alt, Schneiderin, stammt aus gesunder Familie. Ihre Eltern leben noch, desgleichen drei Geschwister. Patientin war stets schwächlich, litt viel an Magenschmerzen. Vor ca. 2 Jahren, Mitte Januar 1890, bemerkte sie an der linken Seite des Magens einen harten Knoten; ihre Haut nahm eine gelbe Farbe an; es trat mehrere Male Erbrechen auf. Der Knoten vergröfserte sich allmählich. Am 2. September 1890 wurde, nachdem die Diagnose auf Milzechinococcus gestellt war, die Laparotomie vorgenommen. Echinococcus wurde nicht gefunden, nur ein Milztumor konstatiert. Seitdem nahm sie mit Erfolg Arsenik. Sobald sie das Medikament aussetzte, wurde die linke Seite schmerzhaft und dicker.

Vor drei Wochen nahm sie am linken oberen Augenlid ein einem Gerstenkorn ähnelndes Knötchen wahr. Dann traten auf Stirn, Wangen, Kinn, Schulter und Armen etwa zwanzigpfennigsilberstückgrofse, zeitweilig juckende, rötliche Flecke auf, Herzklopfen stellte sich oftmals ein; das Allgemeinbefinden wechselte sehr, in letzter Zeit fühlte sich Patientin sehr matt. An einzelnen Stellen, namentlich am Kinn und an den Nasenflügeln, zeigten sich letzthin einige neue Efflorescenzen. An sonstigen Krankheiten, insbesondere an Lues, will Patientin nie gelitten haben.

Status praesens (Januar 1892). Blasse, wächserne Hautfarbe, anämische Schleimhäute. Starke Müdigkeit; Appetitlosigkeit. Puls 120.

---

[2] *Münch. med. Wochenschr.* 1892. No. 2.

Vor kurzem mehrere Male Fieberanfälle. Jetzt kein Fieber. Auf der Stirn, namentlich in der Nähe der Haargrenze, ferner am Cilienrand des linken oberen geröteten und leicht geschwollenen Lides, am Kinn und auf beiden Nasenflügeln zwanzigpfennigsilberstückgroſse, teils glänzende, unter dem Diaskop ein grau-grünliches Infiltrat hinterlassende, leicht schuppende, teils erhabene, derbe, weinrote, hie und da leicht pigmentierte, mit dickeren Krusten bedeckte Efflorescenzen. Auf dem Kopf vereinzelte kleinere bis zwanzigpfennigstückgroſse, mit Krusten bedeckte Papeln. Mundschleimhaut frei. Auf der Streckseite des rechten und linken Armes, Radialseite, je zwei etwa linsengroſse, rote, mit Schuppen bedeckte Papeln, ebensolche auf der linken Seite des Rückens und auf der rechten Seite des Afters. Hals- und Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen. Keine Kubitaldrüsen, Lungen gesund. Normale Lungen-, Leber- und Herzdämpfung. Herztöne frequent, laut, rein. Starke Milzdämpfung, vorne bis nahe an die Mamillarlinie. In dieser eine ca. 10 cm lange Narbe. Hier die Milz als spitzenförmiger, kantiger Tumor zu fühlen. Kein Knochendruckschmerz. Blutuntersuchung: Keine Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen. Poikilocytose.

Patientin wurde in die Klinik aufgenommen, in welcher sie sich einen Monat aufhielt, um dann poliklinisch weiter behandelt zu werden. In der Klinik stellten sich mehrere Male Fieberanfälle ein.

Die von Anfang an eingeleitete Arsenikbehandlung wurde in aufsteigenden Dosen fortgesetzt. Anfangs zeigten sich am Rumpfe, auf dem rechten Knie vereinzelt neue Papeln, später nicht mehr. Ihr Allgemeinbefinden besserte sich, ihre Gesichtsfarbe wurde eine rötere, ihr Körpergewicht nahm zu. Später, im Juli 1892, trat wieder eine Verschlimmerung ein; einige Fieberanfälle, in denen die etwas kleiner gewordene Milz wieder stärker anschwoll, fesselten Patientin ans Bett. Ende Juli fühlte sie sich wieder wohler. Von dem Exanthem waren noch blasse Überreste sichtbar; der Milztumor war zwei Finger breit von der Mittellinie zu fühlen.

Innere Medikation: Solutio Arsenic. Fowleri, Aqua Menthae piperitae $\overline{aa}$, zuletzt dreimal täglich 26 Tropfen, abwechselnd mit Ichthyol, Aqua destillata $\overline{aa}$, dreimal täglich 10 Tropfen wurden gut vertragen.

Diagnose. Die objektiven Veränderungen: Blasse, wächserne Hautfarbe, Anämie der Schleimhäute, multiple Drüsenschwellung, lange bestehender Milztumor, sowie die Blutuntersuchung stellten die Diagnose einer lienal-lymphatischen Pseudoleukämie auſser Zweifel. Groſse Schwierigkeiten aber bot die Diagnose der auf der Haut sichtbaren Efflorescenzen.

Bei Lichen planus finden sich die Efflorescenzen wohl auch an den den Lidern, den Extremitäten, auf dem Rumpf in derselben Ausdehnung

wie hier, aber nicht auf dem Kopfe. Die Knötchen sind auch kleiner, gedellt, zeigen niemals bemerkenswerte Schuppenbildung.

Die Psoriasisefflorescenzen sind von verschiedenerer Gröfse, von hellerer roter Farbe und bestehen länger. Dabei gar keine oder geringe Infiltration, lamellöse Schuppen und ausgeprägtere Lokalisation an den Streckseiten.

Diese beiden Hautaffektionen konnten leicht ausgeschlossen werden, schwer aber ein Syphilid.

Für ein Syphilid sprachen:

1. das polymorphe Aussehen von kleineren und gröfseren mehr oder weniger erhabenen Papeln;

2. die weinrote Farbe, die auf der wachsartigen, anämischen Haut leicht den grau-grünlichen Ton der Infiltrate einzelner Papeln annehmen konnte;

3. die Schuppen- und Krustenbildung, welche an das papulo-squamöse Syphilid der sekundären Periode erinnerte;

4. die vorwiegende Lokalisation im Gesicht und auf dem Kopf, das fast symmetrische und vereinzelte Auftreten der Efflorescenzen, Symptome, welche ebenfalls auf ein Syphilid der sekundären Periode hinwiesen;

5. der Verlauf, das Verschwinden der älteren, Wiederauftreten neuer Papeln;

6. die Pigmentierungen, welche hie und da im Bereiche der Papeln zurückblieben.

Freilich gaben sowohl die Anamnese als auch die objektive Untersuchung gar keine Anhaltspunkte für Lues. Fragt man sich aber, ob derartige Efflorescenzen schon bei Pseudoleukämie beobachtet sind, so mufs man mit „nein“ antworten. Wenigstens läfst sich in der Litteratur kein Fall von Pseudoleukämie finden, bei dem ähnliche Efflorescenzen gesehen sind. Sie stimmen weder mit den von Wagner, Joseph[3] und Arning[4] bei Pseudoleukämie beschriebenen, stark juckenden, unter Umständen alle Körperregionen befallenden, prurigo-ähnlichen Knötchen, noch mit den von Joseph und Arning, von letzterem auch auf der Schleimhaut des Mundes und in den Muskeln bei derselben Krankheit wahrgenommenen, sich langsam ausbildenden Hauttumoren sarkomatösen Charakters überein. Da ich also ein Syphilid nicht auszuschliefsen vermag, lasse ich die Diagnose in suspenso, gebe aber Herrn Dr. Unna die Möglichkeit zu, dafs es sich in unserem Falle um ein eigentümliches, bisher bei Pseudoleukämie nicht beschriebenes Exanthem handelte, wie derselbe denn auch auf Grund der histologischen Untersuchung einer dem Rücken ent-

[3] *Deutsche med. Wochenschr.* 1889. No. 46.
[4] *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 51.

nommenen Papel, in Verbindung mit dem gesamten Krankheitsbilde, die Efflorescenzen als pseudoleukämische ansprechen zu müssen glaubte.

Therapeutisches: Der Primäraffekt wurde in den Fällen, in welchen die Lokalisation desselben es zuliefs und in welchen noch keine Schwellung der Inguinaldrüsen nachzuweisen war, exzidiert. In der Regel war aber bereits Schwellung der Drüsen vorhanden; dann wurde bis zum Ausbruch der Roseola die Induration lokal mit Quecksilberkarbolpflastermull behandelt. Sobald das erste Exanthem sich zeigte, begann die Quecksilberkur. In leichten Fällen und in solchen, in denen wegen äufserer Umstände die subkutane Applikation oder die Schmierkur sich nicht durchsetzen liefsen, mufsten wir auf die interne Behandlung mit Pillulae Hydrargyri jodati flavi, dreimal täglich 1 Pille = 0,01, beschränken. Dieser Fall trat z. B. fast stets bei Seeleuten ein. Die Schmierkur ist für eine poliklinische Behandlung nicht zu empfehlen. Wenigstens wurde sie, trotz genauester, eindringlichster Vorschriften, von unseren Patienten gewöhnlich so mangelhaft durchgeführt, dafs wir später zu subkutanen Injektionen übergehen mufsten. Wir bedienen uns mit bestem Erfolge des Hydrargyrum salicylicum 1 : 10 Paraffinum liquidum, von dem in der Regel zweimal wöchentlich 0,05 = ½ Spritze intramuskulär injiziert wird. Abscesse wurden nie beobachtet, sehr oft aber tagelang bestehende Infiltrate. Nach den ersten Injektionen klagten die Patienten meist über Schmerzen, später nicht mehr. Stomatitis sehr selten.

Abgesehen davon, dafs diese Methode für die meist ihrem Berufe nachgehenden Patienten die bequemste, am wenigsten auffallende und zeitraubende darstellt, dafs sie eine sichere Dosierung und Einverleibung des Quecksilbers garantiert, gestattet sie, den Verlauf der Syphilis im sekundären Stadium genau zu beobachten. In der Regel wurden 12—15 Spritzen für die erste Kur verwandt.

Nässende Kondylome wurden vermittelst des Spray mit Kalomel bestreut; weiblichen Individuen wurden bei Sitz derselben an den Genitalien und am Anus täglich mehrere Male zu erneuernde feuchte Kochsalzkompressen, welche durch eine mit Guttaperchapapier ausgeschlagene T-Binde befestigt wurden, empfohlen. Schleimhautaffektionen wurden mit Argentum nitricum in Substanz oder Lösung behandelt.

Tertiäre Hautaffektionen wurden mit Quecksilberkarbolpflastermull bedeckt. Von Kalium jodatum wurde in der Regel den Patienten 25 g verschrieben, welche in einer mit Wasser gefüllten Weinflasche gelöst wurden. Davon drei- bis viermal täglich 1 Efslöffel.

12. Krankheiten des Blut- und Lymphgefäfssystems.

Von 18 mit Ulcus cruris non specificum behafteten Patienten waren 12 weiblichen, 6 männlichen Geschlechts. Die meisten standen

im 30. bis 50. Lebensjahre. Neunmal handelte es sich um Ulcus cruris varicosum. In den übrigen Fällen bildeten Ernährungsstörungen anderer Art und mechanische Insulte die Ursache.

Bei den varikösen Ulcera wurde ausschließlich der Leimverband angewandt, der von Unna[5] bereits im Jahre 1884 empfohlen wurde. Derselbe eignet sich wie kein anderer zur poliklinischen und ambulanten Behandlung, sowohl seiner Einfachheit und schnellen Anlegbarkeit, als auch seiner vorzüglichen Wirkung wegen, selbst bei Frauen, welche ihrer sozialen Stellung wegen viel stehen und gehen müssen. Bei den poliklinischen Patienten ist die Vorschrift, dem erkrankten Bein Ruhe zu gewähren und es möglichst viel hoch zu lagern, illusorisch, und gerade für diese Fälle bietet der gleichmäßsig und allseitig komprimierende Leimverband ein einfaches, sicheres Heilmittel. Natürlich ist dem Geschwüre und der Beschaffenheit der es umgebenden Haut besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Bei den einfachen Ulcera ist nach Reinigung des Geschwürsgrundes der Leimverband sofort indiziert. Zur Bedeckung des Geschwürs hat sich eine Dermatolzinkpaste sehr bewährt:

℞ *Dermatol.*
Zinc. oxydat. āā 10,0
Ol. lini. q. s.
Misce, admisce terendo
Oesypi calefacti 20,0

Die Paste wird auf ein Stückchen Mull gestrichen und auf das Geschwür aufgelegt. Dann wird am besten eine doppelköpfige Binde, nachdem das Sprunggelenk mit Watte ausgepolstert, in der Weise angelegt, daſs sich die beiden Köpfe über dem Geschwür kreuzen. Unter gleichmäſsigem Zuge werden nun abwechselnd mit dem rechten und linken Kopfe die Touren von unten nach oben um das Bein gelegt, bis zum Kniegelenk. Dann wird geleimt und nach Abwickelung einer zweiten einfachen Mullbinde abermals geleimt. Wenn der Leim trocken geworden, wird mit Watte abgetupft. Die Dermatolzinkpaste trocknet das noch sezernierende Ulcus schnell aus, die Sekrete können durch den porösen Verband leicht abflieſsen. In der Regel ist bereits nach 8 Tagen vollständige Reinigung des Geschwürs und Granulationsbildung zu beobachten.

Bestehen im Anfang noch entzündliche Reizungen der Haut (Dermatitis, Lymphangitis etc.), so sind diese zunächst durch feuchte Ichthyol- oder Bleiwasserumschläge, welche zugleich das Geschwür reinigen, zu beseitigen.

---

[5] *Deutsche med. Wochenschr.* 1884. No. 39.

Stark granulierende Ulcera wurden zunächst mit Argentum nitricum und Bleiwasserumschlägen behandelt. Später Leimverband unter Bedeckung des Geschwüres mit reduzierenden Mitteln wie Resorcinpaste, Schwefelpräparaten.

Sind chronische Unterschenkelekzeme, namentlich nässende, mit Ulcera cruris kompliziert, so empfiehlt es sich, den Leim direkt auf die erkrankte Haut zu pinseln.

13. Krankheiten der Sexualorgane.

Urethritis acuta vel subacuta anterior	18	Fälle
Urethritis acuta vel subacuta posterior, Urethrocystitis	30	„
Urethritis chronica	7	„
Strictura urethrae	4	„
Ulcus molle	6	„
Bubo inguinalis	5	„
Condylomata acuminata	3	„
Fistula inguinalis	1	Fall
Impotentia	3	Fälle

Von den akuten und subakuten Fällen von Urethritis waren kompliziert mit:

Paraurethritis	1	Fall
Ulcus molle	1	„
Ulcus durum	3	Fälle
Epididymitis	10	„
Orchitis	2	„
Cystitis	2	„
Condylomata acuminata	3	„
Bubo inguinalis	3	„
Phimosis	2	„

Bei den Fällen von Urethritis anterior ging die Entzündung nicht auf die Pars posterior über. Einige Fälle, bei denen während der Behandlung auch die Pars posterior erkrankte, sind unter den letzteren aufgezählt. In den akuten Fällen konnten stets Gonokokken nachgewiesen werden.

Wie aus der Tabelle ersichtlich, verliefen von 48 akuten und subakuten Fällen 20 ohne Komplikationen; von diesen überwog die Epididymitis, zweimal stellte sich Cystitis ein.

Die Diagnose wurde gestellt durch Ausspülungen der Pars anterior und die Zweigläserprobe, durch die chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins, resp. der Filamente, bei vorgeschrittenen Fällen, von

der 3. bis 4. Woche an, stets auch durch das Elektroskop von Casper. Dasselbe wurde vermittelst eines Accumulators gespeist. Es zeichnet sich durch Einfachheit und leichte Handhabung aus und gewährt außerordentlich klare Bilder, aber es gehört eine große Übung zur genauen und detaillierten Erkennung der Krankheitsprozesse. Ebenso wie die Ophthalmoskopie und Laryngoskopie, will auch die Urethroskopie genau erlernt sein. Zeitgemäß und richtig angewandt, bietet sie großen Nutzen nicht nur für die Diagnose, sondern auch für die Therapie. Sie giebt die Möglichkeit, die einzelnen Formen der Urethritis zu diagnostizieren, umschriebene Krankheitsherde lokal mit stärkeren Mitteln zu behandeln, beginnende Strikturen zu erkennen, die Urethrotomia interna unter Beleuchtung auszuführen, zu entscheiden, ob eine Urethritis als geheilt zu betrachten ist oder nicht, den Erfolg der Therapie und den Verlauf der Erkrankung genau zu verfolgen.

Zur Beleuchtung der Pars anterior bediente ich mich der kurzen geraden Steurerschen Tuben. Gewöhnlich gelingt die Einführung bis in die Pars membranacea, selbst bis an den Colliculus seminalis, aber Schmerzen und Blutungen sind in der Regel bei Einführung derselben in die Pars posterior nicht zu vermeiden. Die geraden Tuben sind deshalb für die Beleuchtung dieser Teile unbrauchbar. Ich zog daher den Knieobturator von Oberländer in Anwendung. Aber auch dieser stiftet mehr Schaden als Nutzen. Es muß unser Bestreben sein, die möglichst einfachen Instrumente ihrer Form nach der anatomischen Beschaffenheit der so überaus empfindlichen Harnröhre anzupassen. Ich werde demnächst über ein von mir in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Selle angegebenes Katheterspeculum berichten können, welches eine vollkommene und durchaus schonende Untersuchung und Behandlung der Pars posterior ermöglicht.

Chronische Fälle, d. h. solche, welche bei klarem Urin nur noch Morgentropfen und Filamente aufwiesen, wurden in der Regel bei der ersten Vorstellung der Patienten elektroskopisch untersucht. Akute Fälle und Komplikationen, wie Epididymitis, Cystitis, kontraindizieren die elektroskopische Untersuchung. Meist wurde dieselbe einmal wöchentlich vorgenommen. Hatte die erste ergeben, daß es sich um einen diffusen Prozeß handelt, so wurde in der hergebrachten Weise die Behandlung mit Didayschen Ausspülungen, resp. mit der Tommasolischen Salbenspritze eingeleitet. Die urethroskopische Untersuchung wurde erst nach etwa 14 Tagen wieder vorgenommen. Von Salben kamen hauptsächlich 5%ige Thallinlanolin-, 1%ige Argentum nitricum-Salbe, von Lösungen in akuten Fällen Sublimat 1 : 20 000, Zincum sulfocarbolicum 0,5%—1%, Natrium chloroborosum 0,5%, in subakuten und chronischen mehr Lösungen von Argentum nitricum, Resorcin, Plumbum aceticum, Zincum sulfuricum, je

nach den Indikationen in Anwendung. Bei umschriebenen Herden wurden meist einmal wöchentlich lokale Pinselungen unter Beleuchtung mit 3- bis 10 %igen Lösungen von Argentum nitricum, mit 20 %iger Trichloressigsäure, oder Ätzungen mit beiden Mitteln in Substanz, je nach den Indikationen, vorgenommen. In der Zwischenzeit gewöhnlich, bei Urethritis anterior, Injektionen mit schwachen Lösungen zu Hause, bei Urethritis posterior DIDAYsche Ausspülungen oder Salbeneinspritzungen.

Ich lasse einige Krankengeschichten folgen:

S., Artur, Seemann, 25 Jahre alt, leidet seit 5 Monaten an Tripper, der mit Einspritzungen vom Patienten selbst behandelt wurde. Morgentropfen. Sonst keine Beschwerden. Erster Urin klar, mehrere kurze, undurchsichtige, gelbliche Filamente, mit mehr Leukocyten als Epithelien; zweiter Urin klar; dritter ebenfalls klar, einige kurze Filamente. Gonokokken.

Endoskopischer Befund: Im Bulbus Zentralfigur asymmetrisch. Dunkelrote Farbe und partielle Schwellung der Mucosa, reichliche Gefäſse, sowie Laciniae Morgagni sichtbar. Längsfaltung teilweise verstrichen. Auf den weniger geschwollenen Teilen unregelmäſsig geformte, nicht fortzuwischende, grau-weiſse Flecke. In dem vorderen Teil der Pars pendula und in der Pars membranacea Schleimhaut weniger gerötet.

Die Schwellung der Mucosa deutete auf einen noch oberflächlich sitzenden Prozeſs, auf eine subepitheliale Infiltration hin, während an den Stellen, an welchen die grau-weiſsen, unregelmäſsigen Flecke sichtbar waren, bereits ein vorgeschritteneres Stadium, ein Schwund des Infiltrates mit nachträglicher oberflächlicher Verhornung des Epithels anzunehmen war. Ob denselben leichte Ulzerationen vorhergegangen oder nicht, konnte ich nicht feststellen. Aus den Untersuchungen von DITTEL, NEELSEN, WASSERMANN u. a. aber wissen wir, daſs auch ohne vorhergehende Ulzeration Narbenbildung aus einem subepithelial gelegenen Infiltrate hervorgehen kann.

Die lokale Behandlung bestand in Pinselungen der Pars bulbosa und membranacea mit Argentum nitricum, 5 % zweimal wöchentlich. An den übrigen Tagen dreimal täglich mit der Tripperspritze Injektionen mit Solutio Zinci sulfocarbolici 1 %. Nach etwa 1 Monat waren Schwellung und Rötung der Mucosa, sowie die weiſsen Flecke verschwunden. Hie und da zeigten sich im Urin noch wenige, meist aus Epithelien bestehende Filamente. Nach einer längeren Seereise stellte sich S. wieder vor. Die Schleimhaut zeigte keine pathologischen Veränderungen mehr.

B., Heinrich, 35 Jahre alt, unverheiratet, Schlosser. Seit ca. 1 Jahr Tripper. Bisher zeitweise mit Einspritzungen und Copaivabalsam innerlich behandelt. Es trat keine Heilung ein. Vor ca. 5 Monaten stellte sich Brennen beim Urinieren ein, oftmals auch nachts Miktion. Jetzt nur

dreimal täglich Miktion, dabei leichtes Brennen in der Eichel. Morgentropfen von gelber Farbe, ohne Gonokokken. Erster Urin klar, mit zahlreichen, kurzen, wesentlich aus Leukocyten bestehenden Filamenten; zweiter Urin klar, ein grofses Filament; dritter klar, ohne Filamente.

Endoskopischer Befund: Schleimhaut in der Pars bulbosa scharlachrot, sammetartig, mit zahlreichen stecknadelkopfgrofsen Granulationen besetzt. Leichte Blutung. Drüsen nicht sichtbar.

Die Behandlung bestand in Ätzungen mit Argentum nitricum und Injektionen mit Resorcinlösung 2%. Nach 6 Tagen zeigten der erste und zweite Urin nur noch sehr wenige Filamente. Die Granulationen waren bedeutend kleiner. Patient entzog sich der weiteren Behandlung.

D. Carl, 20½ Jahre alt, Seemann; seit 6 Monaten Urethritis, die im Anfang vom Patienten selbst mit Ausspritzungen, dann mit 5%igem Thallinanthrophoren behandelt wurde. In den letzten Monaten keine Behandlung. Urin in beiden Portionen, namentlich im zweiten, wolkig trübe. Reaktion sauer. Morgentropfen. Enger, spiraliger Harnstrahl. Auf der Eichel eine grofse Zahl von spitzen Kondylomen.

Nach mehreren Sitzungen, in denen die Harnröhre mittelst Nelaton-katheter von hinten mit Solutio Zinci sulfocarbolici 1% ausgespült wurde, wird der Urin klar. Die spitzen Kondylome wurden mit der Schere entfernt und mit Argentum nitricum geätzt. Im ersten und zweiten Urin einige Filamente.

Jetzt endoskopische Untersuchung: Die ganze Schleimhaut ist sammetartig geschwollen, von hochroter Farbe, undurchsichtig. Vom Orificium an bis in die Pars membranacea zahlreiche, in Gruppen stehende, teils zottige rötere, teils breiter aufsitzende blassere Papillome. Da Patient in den nächsten Tagen wieder eine Seefahrt unternehmen mufste, suchte ich dieselben sofort durch die von Oberländer angegebene Radikaloperation mit zwei fest nebeneinanderliegenden, durch den Tubus eingeführten Wattetamponträgern möglichst zu beseitigen. Unter heftiger Blutung wurde denn auch eine grofse Zahl von kondylomatösen Massen mit entfernt. Da eine Wiederholung der Operation wegen der bevorstehenden Abreise des Patienten nicht stattfinden konnte, riet ich ihm, während der Seefahrt zweimal wöchentlich einen 1%igen Argentum nitricum-Antrophor einzuführen. Nach mehreren Wochen stellte sich S. wieder vor, mit klarem, wenige Filamente enthaltendem Urin. Die endoskopische Untersuchung ergab noch eine ziemlich starke Injektion der Mucosa. Von den Papillomen waren nur noch einige Reste zu sehen, welche nachträglich entfernt wurden.

Die Strikturen safsen zweimal in der Mitte der Pars pendula, einmal in der Pars membranacea. Dieselben wurden teils mit dem Dila-

tatorurethrotom von Otis, teils mit allmählicher Dilatation durch Zinnsonden behandelt.

Therapie der Epididymitis: Prophylaktisch ein Suspensorium, Sorge für regelmäßsigen Stuhl. Die Behandlung der akuten Epididymitis mit Bettruhe, kalten Kompressen konnte in der Regel nicht durchgeführt werden. Die Kranken wollen einerseits ihre Erkrankung möglichst geheim halten, andererseits in ihrem Berufe nicht geschädigt werden. Für diese Fälle, wie für die Behandlung der Epididymitis überhaupt empfehle ich den folgenden von mir angegebenen Verband, welcher sich besonders für das Stadium der Induration, aber auch für gewisse Fälle des akuteren Stadiums vorzüglich eignet, da er serösen Ergüssen in die Hodenhüllen vorbeugt. Schon A. Philippson[6] und vor ihm von Rustizky haben das Prinzip der einfachen Bindenbandage bei Epididymitis praktisch verwertet. von Rustizky empfiehlt zwei Binden. Die eine soll das Zurückgleiten des Hodens verhindern, ihn vom Leistenkanal abziehen. Kreisförmige Ausschnitte sollen den Hoden von unten her allseitig bedecken, eine dritte Binde soll diese fixieren und andrücken. Philippson benutzt eine Binde, deren Anfangsstück so lange vom Patienten gehalten wird, bis die



Fig. 2.



Fig. 3.

darauf folgenden Zirkeltouren um die Wurzel des Hodens genug Halt besitzen, um das Emporsteigen derselben zu vermeiden, und vervollständigt dann durch abwechselnde Zirkel- und Spiraltouren die Bandage. Dieser Verband hat aber zwei Mängel. Erstens ist die Haltbarkeit des Verbandes keine sichere; die untersten Touren rutschen leicht ab, selbst wenn der

[6] Beitrag zur ambulanten Behandlung der Epididymitis mit Angabe einer einfachen Bandage. *Therap. Monatsh.* 1892. S. 186.

Verband in ein Suspensorium gelegt wird; zweitens ist die meiner Ansicht nach notwendige allseitige Kompression damit nicht vollständig zu erzielen. Diese Nachteile habe ich dadurch zu beseitigen gesucht, daſs ich durch eine besondere Legung der Zirkel- und Spiraltouren dem Verbande einen sicheren Halt gab und durch Anwendung des Zinkleims eine allseitige gleichmäſsige Kompression herbeiführte.

Für diesen Verband bedarf man auſser des gewöhnlichen Zinkleims einer 3cm breiten Mullbinde. Der Patient nimmt das Anfangsstück der Binde und hält es, straff angezogen, nicht nur während der ersten Zirkeltouren, sondern während der Anlegung des ganzen Verbandes über dem Mons veneris fest. Der Arzt wickelt nun unter gleichmäſsigem Zuge in folgender Weise die Binde ab:

1. Nach mehreren Zirkeltouren um die Wurzel des Hodens, welche das Zurückgleiten desselben verhindern müssen, von oben nach unten Zirkeltouren. (s. Fig. 2.)

2. Man geht mit der Binde hinter dem Scrotum über das vom Patienten gehaltene Anfangsstück von oben nach unten in Spiraltouren (s. Fig. 3), dann

3. nach mehreren Zirkeltouren unter dem vom Patienten gehaltenen Anfangsstück in Spiraltouren in der entgegengesetzten Richtung von oben nach unten. Man verknüpft nun, indem man die letzte Spiraltour von unten und auſsen nach oben und hinten legt, die beiden Enden der Binde durch einen einfachen Knoten. (s. Fig. 4.)


Fig. 4.

Durch diese Art der Bindenführung erhält der Verband eine sehr feste Lage, die ein Ausrutschen ausschlieſst.

Nach jeder Haupttour wird geleimt, währenddessen hält der Patient mit der anderen Hand auch das zweite Bindenstück. Nachdem der Knoten gemacht, wird nochmals geleimt, nach einigen Minuten der Verband mit Watte abgetupft und in das Suspensorium gelegt. Derselbe bleibt 4 Tage liegen und kann durch Anfeuchten mit warmem Wasser leicht abgelöst werden. Applikation von Medikamenten kann mit demselben verbunden werden. Ich benutzte meist Jodtinktur, mit der vorher das Scrotum eingepinselt wurde.

Mazeration der Epidermis, Dermatitis etc. habe ich nicht beobachtet, wie denn der poröse Verband die Ausdünstung der Haut in genügender

Weise gestattet, ein Vorzug, den ich gegenüber dem LANGLEBERTschen Suspensorium mit Gummieinlagen hervorheben möchte, während es sich vor dem FRICKEschen Heftpflasterverband vor allem durch seine Einfachheit und schnelle Anlegbarkeit auszeichnet.

Hat man den Zinkleim nicht zur Stelle, so empfiehlt es sich, statt der Mullbinde sich einer 3cm breiten und 3m langen Flanellbinde, wie sie PHILIPPSON empfohlen, zur Anlegung meines Verbandes zu bedienen.

In Fig. 5 habe ich die Abbildung eines von mir angegebenen und von Dobberitz Nachfolger, Große Bleichen, Hamburg, zu beziehenden „Wäscheschoners" beigegeben. Derselbe besteht aus einem die Eichel umfassenden, mit Gummituch ausgelegten Leinenbeutel, der durch zwei mit mehreren Knopflöchern versehene Bänder beliebig hoch und niedrig an zwei am Suspensorium anzunähenden Knöpfen befestigt wird. In den leicht zu reinigenden Beutel werden kleine Sublimatholzwollkißchen gelegt, welche das Sekret direkt aufsaugen, beliebig erneuert werden können und dem Arzte ein Kriterium für die Stärke des Ausflusses sind. Bei Balanitis, Ödem, Erosionen, Ulcera etc. an dem Praeputium und der Eichel kann man den mit Watte ausgelegten Wäscheschoner als ein bequemes und leicht zu wechselndes Verbandmittel gebrauchen.

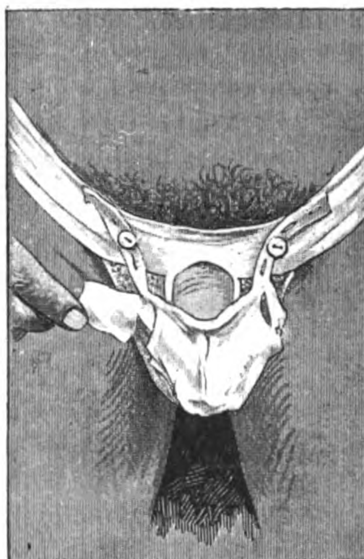


Fig. 5.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. UNNA für seine vielseitige Anregung an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen.

Statistische Übersicht.

Erkrankungsform	m.	w.	Summa
1. Saprophyten.			
Pediculosis	8	19	27
Pulicosis etc.	1	3	4
2. Hyperämien	—	1	1
3. Idioneurosen.			
Pruritus	1	1	2
4. Angioneurosen.			
Perniosis	10	6	16
Erythantheme	4	2	6
5. Traumatische Entzündungen.			
Combustio	2	1	3
Contusio etc.	10	5	15
6. Neurotische Entzündungen.			
Herpes zoster	2	1	3
Herpes labialis	1	1	2
Herpes praeputialis	2	—	2
7. Akute und chron. Infektionskrankheiten der Oberhaut.			
Dermatitis	2	—	2
Impetigines	9	13	22
Impetigo barbae	8	—	8
Impetigo contagiosa	4	5	9
Folliculitis	2	1	3
Acne	4	6	10
Seborrhoea capitis	5	7	13
Eczema seborrhoicum	108	93	201
Rosacea seborrhoica	1	2	3
Eczema tuberculosum	3	2	5
Miliaria	2	5	7
Psoriasis	6	4	10
Scabies	22	23	45
Trichophytien	10	6	16
Favus	1	—	1
Pityriasis rosea Gibert	—	2	2
Ichthyosis	5	—	5
Pemphigus acutus neonator.	1	—	1
8. Akute u. chronische Erkrankungen der Cutis.			
Erysipel	2	3	5
Phlegmone	2	—	2
Trichophytia profunda barb.	1	—	1
Furunkulose	5	3	8
Scrophuloderma	2	1	3
Lupus	8	10	18
Lues	42	40	82
Lues hereditaria	1	6	13
	363	273	576
Pseudoleukämie (Lues?)	—	1	1
Erythema exsudativum multiforme	3	1	4
Lichen planus (Purpura haemorrhagica)	1	—	1
Lichen scrophulosorum	1	—	1
Lichen urticatus	1	—	1
Ecthyma	1	2	3
9. Progressive Ernährungsstörungen.			
Keloid	—	1	1
Naevus	2	2	4
10. Regressive Ernährungsstörungen.			
Prurigo	1	2	3
Allgemeine Pigmentose	—	1	1
Alopecie	4	2	6
Ulerythema centrifugum	—	1	1
11. Akute Exantheme.			
Rubeola	1	—	1
Scarlatina	—	1	1
12. Krankheiten des Blut- und Lymphgefäfssystems.			
Ulcus cruris	6	12	18
Oedema cruris	—	2	2
13. Krankheiten der Sexualorgane.			
Urethritis	55	—	55
Strictura urethrae	4	—	4
Ulcus molle	6	—	6
Bubo inguinalis	5	—	5
Condylomata acuminata	3	—	3
Fistula inguinalis	1	—	1
Impotentia	3	—	3
Varia	6	5	11
	103	33	136
	363	273	576
Summa	466	306	712

Versammlungen.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

(*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.)

Sitzung vom 6. April 1892.

KAPOSI zeigt einen Fall von Actinomycosis buccae, sehr ähnlich dem Scrophuloderma.

Ein 18 Jahre alter Knecht bekam vor 7 Monaten, 2 Monate nach einer Zahnextraktion, an der betreffenden Stelle in der Wange eine Geschwulst, die zur Zeit sehr grofs ist. Die Wange ist von fluktuierenden, wulstigen Hervorragungen eingenommen; die Haut livid-rot, verdünnt, stellenweise so, dafs der Eiter durchschimmert. Das Ganze ist von einer brettharten Infiltration umgeben. Hier und da ganz kleine Perforationsöffnungen. — LUKASIEWICZ bemerkt, dafs unter 50 Fällen von Aktinomykose der ALBERTschen Klinik drei nur die Haut betreffen.

NEUMANN zeigt: 1. 6jähriges Kind mit Ekzem mit gangränös-ulzeröser Fläche an der Corona glandis. 2. Erythema multiforme bei einer Frau an den unteren Extremitäten und im Gesicht. Als Pendant dazu zeigt KAPOSI ein Mädchen mit Erythema papulosum et vesiculosum mit über erbsengrofsen Blasen an den Händen und länglichen, konfluierten Blasen im Gesicht. 3. Epithelioma linguae. 4. Tertiäre Syphilis praecox, 7 Monate nach der Infektion. 5. Lupus serpiginosus an Gesicht, Hals, Brust, Schulter, Oberarm. Besserung nach Tuberkulin; Recidiv.

LANG zeigt ein venerisches Geschwür am Daumen durch Autoinokulation.

EHRMANN: 1. Abgelaufener Herpes Zoster des linken I. Trigeminusastes mit Anästhesie und Parästhesie. KAPOSI hat bei Zoster am I. Trigeminusast am häufigsten intensive Störungen gesehen; oft Gangrän, deren Entstehung, wenn nur ein Plaque besteht, schwer zu eruieren sein kann. 2. Sykosis behandelt mit Kataphorese von Anilinfarbstoffen: Ein Glas, in dem ein Zinkstab steckt, der durch einen Holzgriff mit der Leitungsschnur verbunden ist. Die Höhlung des Glases wird mit Verbandwatte und 1‰ Gentianaviolett oder Methylenblau gefüllt; letzteres wirkt besser. — Der Erfolg war ein kolossaler.

KAPOSI stellt einen Mann mit Karzinom am Kieferwinkel vor.

ULLMANN: Kolpohypoplasie in den hinteren Teilen der obern zwei Drittel der Vagina bestehend aus zahlreichen Cystchen.

Dr. v. ZEISSL spricht über Innervation der Blase.

Mittels Versuche mit elektrischer Reizung der betreffenden Nerven und graphischer Darstellung der ausgelösten Bewegungen kam v. Z. zu folgenden Ergebnissen: 1. der Nervus erigens ist der motorische Nerv des Detrusor und eröffnet den Blasenverschlufs; 2. diese Öffnung erfolgt unabhängig vom Detrusor; 3. die Hypogastrici verschliefsen die Blasenmündungen; auf die ganze Blase wirken sie, wenig oder gar nicht; 5. für die beiden Nervi hypogastrici und erigentes gilt das Gesetz der gekreuzten Innervation: In dem Nervenstamm, der ein bestimmtes System von Fasern motorisch innerviert, sind zugleich Nervenfasern enthalten, welche die in diesem System enthaltenen antagonistischen Fasern hemmend innervieren; 6. demgemäfs laufen im Erigens motorische Fasern für den Detrusor und hemmende Fasern für den Sphinkter; in den Hypogastricis verlaufen neben motorischen Fasern

für den Sphinkter hemmende für den Detrusor. — An der interessanten Diskussion beteiligen sich Ehrmann, Basch, Grünfeld, Finger, Horowitz.

Sitzung vom 22. April 1892.

Ehrmann zeigt einen Fall von mit Kataphorese von Methylenblau behandelter Sykosis.

Lang zeigt eine neue Beleuchtungsvorrichtung für die Harnröhre.

Lang empfiehlt statt der Anthrophore einfache dünne Kautschukröhrchen, die mit einer gelatinösen Masse bedeckt sind. In der Diskussion lobt Paschkis die Anthrophore, Grünfeld erzählt einen Fall, wo ein Stück eines Anthrophors abgebrochen und in der Urethra geblieben war; er ist kein Freund derselben.

Neumann berichtet, daſs die mikroskopische Untersuchung bei dem in voriger Sitzung vorgestellten Fall von Carcinoma linguae die Diagnose bestätigt habe ein Versuch mit Jodkalium war nutzlos.

Neumann stellt vor: 1. Einen Mann mit universeller Psoriasis und artifiziellem Ekzem infolge von Pyrogallussäure. 2. Ulzeröses Syphilid am Gaumensegel, bedingt durch an der Oberfläche zerfallende Gummata. 3. Gummata palati mollis. 4. Tertiäre Syphilis, Perforation der Nase, Caries der Knochen, noch nie behandelt. 5. Sklerose an der Portio vaginalis mit drei Sklerosen an der hinteren Kommissur und den kleinen Labien.

Kaposi: 1. Eine Dame mit allgemeiner Röte der Haut, die geschwollen ist, schuppt und juckt; die Diagnose ist auf eine universelle Psoriasis zu stellen. Behandlung: zuerst die Extremitäten mit kalten Einwickelungen und Kompression mittelst indifferenter Pflaster; nach 8 Tagen antipsoriatische Behandlung; später erst den Stamm in Angriff nehmen. 2. Elephantiasis Arabum bei einer 70jährigen Frau an den oberen und unteren Extremitäten und Bauch; dieselbe ist so schwer, daſs 4 Männer gebraucht werden, um sie nur umzudrehen. Am Os sacrum und der Ferse Decubitus.

Sitzung vom 11. Mai 1892.

Schiff zeigt ein 5jähriges Kind mit Herpes Zoster an der rechten unteren Extremität.

Grimm: Venerisches Geschwür und Lymphangitis suppurativa dorsalis penis Bubonuli.

Neumann: 1. Ein Mädchen mit der wahrscheinlichen Diagnose Lichen ruber acuminatus. An der Haut zahlreiche, braune, hirsekorngroſse, meist vereinzelte Knötchen, an der inneren Schenkelfläche mehr gruppiert, an der Bauchwand auch einzeln; die Knötchen sind an der Oberfläche mit Schuppen bedeckt. Die Diagnose schwankt zwischen Lichen ruber acuminatus, Lichen pilaris mit Ichthyosis simplex und Lichen syphiliticus; letzteres besonders, weil noch ein makulöses Syphilid und nässende Papeln vorhanden sind. Dauer der Krankheit 10—11 Wochen. Die Ichthyosis und Syphilis sind sicher. Die Therapie soll die Sache klären.

2. Eine Frau mit Lichen syphiliticus; die Knötchen nicht braunrot, gruppiert.

3. Der bereits vorgestellte Mann mit serpiginösem Syphilid des weichen Gaumens, geheilt.

4. Einen Mann, der mit gutem Erfolg 1886 der Präventivbehandlung unterzogen ist.

5. Gummata cutanea und ulzeröses Syphilid bei einem Mädchen, 18 Monate nach der Infektion.

Kaposi zeigt: 1. Die Frau mit Psoriasis universalis von der letzten Sitzung erheblich gebessert.

2. Ekzem auf Psoriasis. Die Psoriasis ist nach K. bekanntlich ein entzündlicher Prozeſs, kein rein epidermoidaler Vorgang.

3. Lichen ruber planus bei einem Mann, welcher wie eine in Abheilung begriffene Psoriasis erscheint: An den Streckseiten die Haut, trocken, stellenweise von mächtigen, weiſsen oder auch silberglänzenden Schuppen bedeckt, die aber fester haften als bei Psoriasis; zwei vorhandene frische Knötchen klären die Diagnose.

4. Pemphigus circinatus bei einer Frau mit sehr groſsen, flächenhaften, dunkeln Pigmentierungen, randständig umgeben von weichen, an der Unterlage serös durchfurchten Knötchen: an anderen Stellen flache Bläschen.

5. Lupus erythematodes bei einem Manne, der wohl an der Lippe begonnen hat, aus der von anderer Seite wegen des Verdachts eines Karzinoms ein Stück exzidiert ist.

6. Acne varioliformis.

7. Ein intensives Ekzem im Bereich des in toto verdickten Unterschenkels, für dessen Entstehung K. eine Prurigo als Ursache annimmt, während Hebra es für ein mykotisches Ekzem entsprechend seinem Eczema flexurarum erklärt.

Julius Folly: „Impfversuche mit Reinkulturen von Trichophyton.“ F. hat auf Glyzerinagar Trichophyton von Schuppen eines an Herpes tonsurans Leidenden gezüchtet und mit Erfolg verimpft; er giebt eine genauere Darstellung der angewandten Technik, die von der üblichen in keiner Weise abweicht.

Sitzung vom 25. Mai 1892.

Hebra zeigt 1. linear angeordnete, seit der frühesten Kindheit bestehende hornig-warzige Bildungen über der Rückenfläche des linken Ringfingers und der Mittelhand bei einem jungen Mädchen. Kaposi hält dieselben für einen rudimentären Naevus verrucosus.

2. Eine Frau, der vor kurzem der Mittelfinger enukleiert worden war, mit einer seit drei Jahren bestehenden Erkrankung an der Haut des Handrückens und im Gesichte. Die Haut des Handrückens ist blaurot, zum Teil narbig; an der Handwurzel eine 1 cm breite, feindrüsige, rote, mäſsig sezernierende Wunde; im Gesicht teils kleine Krüstchen, teils rote Knötchen. Kaposi und Neumann halten es für Lupus, wobei aber das Alter der Patientin sehr auffallend ist.

3. 54jährige Frau mit ulzerösem Syphilid und Cephalalgie, die aber trotz der Syphilis drei gesunde Kinder geboren hat.

Neumann: 1. Erweichte groſse Gummata über dem rechten Sprunggelenk und der Kniescheibe.

2. Die schon vorgestellte Patientin mit Roseola syphilitica-Papeln, Lichen und Ichthyosis simplex. Trotzdem die Lichenknötchen bei der Behandlung fortbestanden haben, hält N. dieselben für syphilitische, während Kaposi das Bestehen eines Lichen planus bei einer Ichthyotischen neben Syphilis annimmt.

3. Jugendliche Kranke, seit September 1891 infiziert mit Gummata.

4. Herpes circinatus des Stammes (früher schon vorgestellt), jetzt geheilt.

5. Zerfallenes tuberkulöses Syphilid auf der Conjunctiva palpebrarum, 10 Monate nach der Infektion. N. erwähnt bei dieser Gelegenheit einen Mann mit Myositis syphilitica im recenten, papulösen Stadium.

Kaposi zeigt: 1. Einen Mann mit Aktinomykosis des linken Unterkieferwinkels.

2. Lichen ruber planus, am Stamme geheilt, an der Flachhand und dem Handrücken fortbestehend. Auf dem Handrücken warzige Erhebungen, nirgends drüsig, mit platter, glänzender Oberfläche. An Stelle der Knötchen ist die Pigmentierung zurückgeblieben, so daſs der Patient sepiabraun, gescheckt aussieht.

3. Favus am Stamme eines Knaben, der begann wie ein Herpes tonsurans vielleicht übertragen von in demselben Zimmer befindlichen Patienten mit Favus des Kopfes.

4. Karzinom auf Lupus bei einer Frau.

5. Karzinomatösen Knoten am inneren Teil des unteren Augenlids bei einer 36jährigen Frau; gleichzeitig an der linken Stirnhälfte eine flache exulzerierte, mit schlappen Granulationen bedeckte Stelle. Vielleicht ist letzteres eine syphilitische Affektion.

Hebra fällt das Fehlen von Drüsenschwellungen auf; er denkt an Psorospermie.

6. Die Kranke mit Psoriasis universalis, sehr gebessert.

7. Die vorgestellte Frau mit Pemphigus foliaceus serpiginosus, durch Zinkpaste zur Zeit geheilt, keine Nachschübe.

8. Pemphigus foliaceus universalis bei einem Mann.

9. Pemphigus bei einem Mann, seinerzeit als Urticaria bullosa vorgestellt.

10. Pemphigus pruriginosus bei einem Manne, seit sieben Jahren bestehend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

XI. Kongreſs für innere Medizin.

(20.—23. April 1892.)

Vorträge über Immunisierung.

(*Wiener med. Wochenschr.* 1892. No. 21.)

Über die Ursache der Immunität und die Heilung von Infektionskrankheiten spricht Prof. Emmerich und erklärt sich gegen die Lehre von der Phagocytose, vielmehr sei die natürliche wie künstliche Immunität auf chemischem Wege zu erklären. Die Eiweiſskörper, und zwar die Serumalbumine, nicht die Serumglobuline, sind die Vermittler des heilenden Prinzips, indem sie mit den in den Bakterien enthaltenen Stoffen eine Verbindung eingehen, das „Immunproteintoxin", welche antitoxische und bactericide Eigenschaft hat. Dieses Immunproteintoxin erhält man durch Behandlung des Serums mit Alkohol und Äther als ein weiſses, lange wirkendes, völlig unschädliches Pulver. Entsprechend der geringen Menge des Serumalbumins entsteht zuerst stets eine geringe Menge dieser Substanz und daher ein geringer Grad von Immunisierung, die aber später steigt, da dieser neugebildete Eiweiſskörper lange Zeit im Körper zurückgehalten wird, weil er schwer dialysierbar und diffundierbar ist. — Der Klempererschen Hypothese von den Antitoxinen tritt E. entgegen. Hueppe wendet sich gegen die chemische Auffassung von Emmerich, da er auf die Thätigkeit der Zelle das Hauptgewicht legt. Die Bedeutung der Zelle leuchtet schon daraus ein, daſs der Eintritt der Immunisierung eine längere Zeit nötig ist. Die toxischen Substanzen können durch Erhitzen des Serums vernichtet werden, im Gegensatz zu den heilenden, die demselben widerstehen. G. Klemperer (Berlin) hält seine Ansicht, daſs die Heilung der Pneumonie durch Aufhebung der Giftwirkung erfolge, vollkommen aufrecht. Die Pneumokokken gehen, nachdem ihr Toxin unschädlich gemacht ist, durch Phagocytose unter. Nebensächlich sei die Frage, ob das Antitoxin aus dem Toxin selbst entstehe, so durch Erhitzen auf 60—80°, und so die giftige Substanz sich in eine immunisierende verwandle, oder ob Toxine und Antitoxine nebeneinander in den Bakterien vorhanden sind, sei doch eine nebensächliche und noch nicht chemisch zu entscheidende Frage. — F. Klemperer (Straſsburg) berichtet im Anschluſs daran über **„experimentelle Untersuchungen über die Heilung von Infektionskrankheiten durch nachträgliches Immunisieren"**. Verfasser unterscheidet scharf die „mittelbare" (sekundäre) Immunisierung durch das Serum immunisierter Tiere (Behring und Kitasato) und die unmittelbare (primäre) Immunisierung

des ersten Tieres durch Bakterienprodukte selbst. Die Serumtherapie ist eine spezifische, wie auch die erworbene Immunität eine spezifische ist; man kann aber dasselbe Tier gleichzeitig gegen zwei Bakterienarten immunisieren. — Die Serumtherapie erzielt volle Immunität schon in einigen Stunden, wenn dieselbe auch nur ein Bruchteil der Ausgangsimmunität sei. — Zur Erzielung einer unmittelbaren starken Immunisierung, die in drei Tagen zum Ziele führt, aber schon in den ersten beiden eine gewisse, stets steigende Widerstandskraft verleiht, wurde konzentrierte bei 60° auf 1/10 ihres Volumens eingeengte Bouillonkulturflüssigkeit verwendet. Mittelst dieser wurde bei subakuter Pneumokokkeninfektion bei Beginn der Immunisierung bis 24 Stunden nach der Infektion volle Heilung erzielt bei Anwendung von morgens und abends 5 ccm, 3 Tage lang. Bei akuter heftiger Infektion erreichte man nichts. Es ist also die nachträgliche, unmittelbare Immunisierung durch die Bakterienprodukte von heilender Wirkung bei subakuten Infektionen, zu welchen ja die meisten Infektionskrankheiten zählen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Mikroskopische Technik.

Ein Apparat für Massenfärbung von Deckglastrockenpräparaten, von Franz Hofmeister. (*Fortschr. d. Medizin.* 1892. No. 10.) In ein Reagenzglas wird an einem 17 cm langen Messingdraht eine gabelartige Vorrichtung eingesenkt, in deren Einschnitten 6 Deckgläschen Aufnahme finden. Dieselben werden durch einen an dem Draht verschiebbaren Querbalken festgehalten und durch von letzterem ausgehende zwei seitliche Arme am seitlichen Herausgleiten verhindert. Der Träger ist oben hakenartig umgebogen, um ihn nach Färbung der Präparate aufhängen zu können, und ist aufserdem mit einem unterhalb des Hakens befindlichen durchlöcherten Deckel für das Reagenzglas verbunden, das seinerseits an einem durch einen Ring an ihm fixierten Haken aufgehängt werden kann. — Für diejenigen, die gleichzeitig mit mehreren Apparaten arbeiten, ist ein passendes Stativ angefertigt. — Bequemes und sauberes Arbeiten, sparsamer Verbrauch von Farbflüssigkeit sind die Vorteile des Apparats, der unter dem Namen Hofmeisters Deckglasträger vom Universitätsmechaniker Albrecht in Tübingen für 4 M. geliefert wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Anisöl als Einbettungsmittel beim Gebrauche des Gefriermikrotoms, von Kühne. (*Centralbl. f. Bakt. u. Paras.* Bd. XII. 1892. No. 1.) Die vielen Vorteile des Gefriermikrotoms werden aufgewogen durch manche Nachteile, als: zu grofse Härte des Präparats, infolgedessen Abgleiten des Messers, Schwierigkeit, den richtigen Kältegrad zu erhalten, etc. Verfasser empfiehlt, die Stücke mit Anisöl aufzufrieren, das bei 6—18° R. erstarrt, je nach seinem Sauerstoffgehalt. Bei kurzer Anwendung des Äthersprays friert das Präparat im Anisöl gut fest und das Messer fafst leicht. Das Verfahren ist einfach. Ca. 2 mm dicke Stückchen werden aus dem Alkohol für 12—24 Stunden in Anisöl gelegt, dann mit einigen Tropfen desselben auf die ganz trockene Platte des Mikrotoms gebracht und sind nach kurzer Anwendung des Sprays schnittfertig. Die Schnitte werden erst in ein Schälchen mit Anisöl oder direkt in Alkohol gebracht, in dem sie sich gut ausbreiten und das Öl

abgeben. Sollte das Präparat abreifsen, so mufs man die Platte des Mikrotoms erst gründlich mit Alkohol trocken reiben, da das Präparat sonst nicht wieder anfriert; doch kann man das Abreissen leicht verhindern, wenn man von Zeit zu Zeit mit dem Spray nachhilft.

Am besten bewährte sich bei Kühne ein von Schimmel & Co. in Leipzig bezogenes Anethol (Oleum Anisi purum), das bereits bei 21° erstarrt. Ist es in der Flasche erstarrt, so kann man dem leicht durch Eintauchen in heifses Wasser abhelfen.

F. Hahn-Bremen.

Carminosmium für die Histologie des Nervensystems. (Nach dem *Pacif. Rec.* Jan. 1892. — *American Naturalist.*) Die Vorschriften sind folgende: Man nehme eine starke Karminlösung in ammoniakalischem Wasser und lasse bis zum Aufsteigen von roten Wolken auf dem Wasserbade verdunsten. Nach dem Abkühlen wird Osmiumsäure (1%) zugesetzt und dann unter einer Glasglocke filtriert. Die so entstehende sehr dunkle Flüssigkeit besitzt die färbenden Eigenschaften des Karmins und die fixierende Kraft des Osmium. Nach einigen Tagen verliert die Lösung ihren Geruch und wird dunkler. Dabei hat sie die Fähigkeit des Fixierens verloren, ist aber ein gutes Mittel zum Mazerieren geworden. Die zu färbenden Gebilde sollen in ausgebreiteter Stellung zum Absterben gebracht werden. Hierzu dient eine konzentrierte Lösung von Eisensulfat. Nach dem Absterben kommen sie eine halbe bis 12 Stunden in die Osmiumkarminlösung und dann zur Härtung in Alkohol.

Zum Immobilisieren des Frontalorgans (Geschmacks- und Geruchsorgan) bei lebenden Tieren dient eine (10%ige) Kokainlösung. Von dieser Lösung wird ein Tropfen auf einen Objektträger gebracht und über der Lampe vorsichtig verdunstet; dann werden die zu untersuchenden Teilchen in Wasser auf den Kokainkreis gebracht und schnell untersucht. *Philippi-Nieheim.*

Ein einfaches Verfahren zum Nachweis der Tuberkelbazillen im Auswurf von P. Kaufmann. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1892.) K. benutzt zum Entfärben statt der Säuren siedendes Wasser, in welchem die Tuberkelbazillen den Farbstoff oft über 5 Minuten festhalten, während die meisten Bakterien sich entfärben. Das mit Karbolfuchsin gefärbte Deckglaspräparat wird 1½—3 Minuten in kochendem Wasser hin- und hergeschwenkt und dann eventuell sofort in Wasser untersucht. Die Schicht mufs dünn sein, das Deckgläschen nach der Entfärbung gerade noch einen rosigen Schimmer zeigen. — Für tuberkulöses Gewebe ist die Methode nicht anwendbar. — Leprabazillen können in gleicher Weise kenntlich gemacht werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Demonstration von Gonokokken-Präparaten und Kulturen, von Max Wolff. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 29.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 15. Juni demonstrierte W. eine Anzahl Gonokokken-Präparate und Kulturen, indem er dabei bemerkte, dafs die bei Frauen so häufigen chronischen, mit spärlicher und nicht mehr eiteriger Absonderung einhergehenden Fälle, die latenten Tripper, bei denen nur zu gewissen Zeiten nach Excessen in Baccho oder nach körperlichen Anstrengungen noch eine geringe Sekretion zu Tage tritt, bei der blofsen Besichtigung der Geschlechtsorgane nichts Krankhaftes zeigen. Für solche ist eine genaue und wiederholte bakteriologische Sekretuntersuchung notwendig. W. behauptet, dafs der Gonococcus wirklich der Erreger der Gonorrhoe ist, er findet sich konstant bei allen frischen, noch nicht behandelten Trippern vor. Die Gestalt der Gonokokken ist ferner sehr eigentümlich. Dieselben treten selten als Einzelindividuen auf, meist

in Form von Diplokokken; nicht selten findet man, dafs bei fortgesetzter Heilung aus einem Coccus hervorgegangenen neuen Kokken zu vier Individuen aneinander bleiben. Besonders charakteristisch ist aber das Verhalten der Gonokokken zu den Eiterkörperchen im gonorrhoischen Sekret. Sie zeigen in ausgesprochenster Weise das Bestreben, in die Eiterzellen einzudringen, sich hier im Protoplasma zu vermehren, während sie die Zellkerne unberührt lassen. Zu diesem charakteristischen intrazellulären Auftreten kommt als weiteres diagnostisches Merkmal noch das tinktorielle Verhalten der Gonokokken hinzu, nämlich ihre Entfärbbarkeit nach der sogen. GRAMschen Methode, d. h. bei der Einwirkung von Jod-Jodkaliumlösung und nachfolgendem Auswaschen mit absolutem Alkohol. Die Gonokokken lassen sich ferner künstlich züchten, und zwar nach der von GEBHARD und WERTHHEIM angegebenen Methode durch Mischung von menschlichem Blutserum und Agar in bestimmten Verhältnissen. BUMM sowohl als GEBHARD und WERTHHEIM haben ferner durch Übertragung solcher Reinkulturen auf die menschliche Urethra typische Harnröhrentripper erzeugt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Beitrag zur Therapie der akuten Gonorrhoe des Mannes, von MORITZ SEIDL. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892, No. 30.) Die ersten 2—3 Tage möglichste Ruhelage, Dunstumschläge mit essigsaurer Thonerde, Aq. Goulardi, Sorge für leichten Stuhl, Darreichung alkalischer Säuerlinge. Am 3—4. Tage wird mittelst eines Metallröhrchens (das 7—8 cm lang ist, das Volumen eines mittleren Katheters besitzt, oben sich erweiternder Halsteil, unten nach innen leicht konvex gebogener Rand) die „Lunte" eingeführt. Diese besteht aus einem zopfartig um eine dünne, unten geknöpfte Sonde geflochtenen, entfetteten und sterilisierten Verbandstoffe. Die Sonde wird dann bis zu einer an ihr angebrachten Marke eingestofsen, so dafs das Ende der Lunte, das mit Lanolin bestrichen ist, frei in die Harnröhre hervorragt.

Nun wird die Sonde und dann das Röhrchen entfernt, die Lunte bleibt liegen. Diese wird nach jedem Urinieren erneuert, zuerst mit Borwasser, dann mit Sublimatwasser, später mit

Zinc. oxyd. 0,5 imprägniert.
Pulv. Lycopod. 20,0.

Die Behandlung hat folgende Vorteile:

1. Trennung der sich berührenden Schleimhautflächen, Verhütung der fortwährenden Selbstinfektion (? der Referent).
2. Resorption des Sekretes.
3. Fortdauernde Berührung des Medikaments mit den erkrankten Flächen.
4. Kompression.
5. Verhinderung des Fortschreitens des Prozesses in die tieferen Teile durch das mit Lanolin imprägnierte untere Luntenende (? der Referent).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gonorrhoe beim Weibe, von G. F. LYDSTON. (*Adresses and Essays.* F. Klein & Co., Chicago.) Verfasser bespricht die NOEGGERATHschen Theorien und Ansichten und weist auf verschiedene eigentümliche klinische Erscheinungen in der Entwickelung der Gonorrhoe beim Weibe hin. Die Schwierigkeiten, die sich der Erklärung der letzteren entgegenstellen, würden aber weit geringer sein, wenn Verfasser sich nicht auf den Standpunkt stellte, die Spezifität der Gonorrhoe zu leugnen. Zu beweisen bliebe auch noch der ziemlich apodiktisch aufgestellte Satz, dafs das Trippergift primär im Weibe sich erzeugt. *Philippi-Nieheim.*

Ichthyol bei Gonorrhoe, in 1—3%igen Lösungen, 3—5 mal täglich injiziert, wird von MANGANOTTI empfohlen. Dasselbe wurde in akuten Fällen leicht vertragen und

stellten sich keine Komplikationen von seiten der Blase, **Prostata** oder **Epididymis** ein. (Referiert im *Correspondenzbl. f. schw. Aerzte.* No. 4. 1892.)

C. Müller-Freiburg (*Schweiz*).

Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthyol, von Primararzt Dr. Jadassohn. (*Dtsch. Med. Wochenschr.* Nr. 38 u. 39, 1892.)

Jadassohn hat, einer kurzen Empfehlung Kösters folgend, an der dermatologischen Klinik von Prof. Neisser und an der ihm unterstellten Abteilung im Allerheiligen-Hospital zu Breslau das Ichthyol auf seine Wirksamkeit gegen die verschiedenen Formen und Lokalisationen der Gonorrhoe des Mannes und des Weibes geprüft. Er setzt zunächst die Prinzipien der Gonorrhoe-Behandlung und -Untersuchung, sowie der fortdauernden mikroskopischen Kontrolle der therapeutischen Resultate ausführlich auseinander und betont besonders die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung der von der Urethritis posterior gelieferten Entzündungsprodukte.

Die Versuche mit dem Ichthyol sind an über 200 Fällen angestellt worden. Der statistischen Aufstellung, die der Verfasser giebt, liegen 69 Fälle beim Manne und 37 Fälle beim Weibe zu Grunde; die letzteren betrafen fast ausschliefslich Puellae publicae. Die Schlufssätze, zu denen der Verfasser auf Grund dieses Materials gelangt, sind die folgenden:

1. Das Ichthyol wird in 1—5%iger Lösung von der Urethra anterior des Mannes in 1—10%iger Lösung von der Urethra posterior des Mannes, der Urethra und dem Cervikalkanal des Weibes gut vertragen. In letzter Zeit sind wir beim Manne in der Urethra anterior bis zu 7½%, in der Urethra posterior bis zu 20%, beim Weibe in Urethra und Cervix bis zu der unverdünnten Lösung gestiegen, ohne stärkere Schmerzen hervorzurufen. Über die mit so hohen Konzentrationen erzielten Erfolge haben wir ein bestimmtes Urteil noch nicht gewonnen. Aufser der wässerigen Lösung haben wir bei Frauen auch solche mit einem Zusatz von 10% Glycerin benutzt.

Einprozentige Lösungen brennen nur sehr unbedeutend, meist gar nicht; auch bei den stärkeren tritt (bei der Urethritis anterior des Mannes) sehr bald eine vollständige Gewöhnung ein, vor allem, wenn man allmählich mit der Konzentration steigt. Wir sind niemals genötigt gewesen (auch nicht in der Privatpraxis), diese Behandlung auf Grund der subjektiven Beschwerden aufzugeben. Die überhaupt viel tolerantere Urethra posterior und die Prädilektionsstellen der Gonorrhoe des Weibes sind gegen die angewandten Konzentrationen fast unempfindlich.

2. 1%ige Lösungen des Ichthyols haben eine zweifellos sehr beträchtliche antigonorrhoische Wirkung.[1] Aus den Tabellen geht hervor, dafs in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle unter dem Ichthyolgebrauch die Gonokokken sehr schnell, schneller als bei den meisten anderen Mitteln (Resorcin, schwache Sublimatlösung, Kalium permanganicum etc.) aus dem Sekret verschwinden. Dafs in einer

[1] Worauf diese beruht, ob sie mehr auf eine Entwickelungshemmung, oder mehr auf Abtötung zurückzuführen ist, ob die anderen Ichthyolpräparate anders wirken ob die weiterhin erwähnte Desquamation eine für die Elimination der Gonokokken wesentliche Bedeutung hat oder ob — wie es fast zu sein scheint — eine „spezifische Schwäche" der Gonokokken dem Ichthyol gegenüber besteht, welchem Bestandteil des Ichthyols die Wirkung zuzuschreiben ist — alles das sind Fragen, die noch der Entscheidung harren. In der letzterwähnten Richtung vermutet J., dafs der Schwefelgehalt des Ichthyols allein diesen Effekt nicht bedingen kann, denn Lösungen von Kalium sulfuratum besitzen ihn nicht; auch das Thiol, das wir in einigen Fällen verwerteten, schien nicht den gleichen Erfolg zu haben, wie das Ichthyol — die unter dem ersteren unbeeinflufst gebliebenen Kokken verschwanden unter dem letzteren schnell.

Anzahl von Fällen dieser Effekt kein definitiver ist, das ist ein Nachteil, den das Ichthyol mit allen Antigonorrhoicis teilt.

3. In einer auffallend grofsen Anzahl von Fällen bleibt aber dieser früh eintretende Effekt definitiv, d. h. die Gonokokken kehren bei fortgesetzter Behandlung, ja auch bei Nachlassen und Aufhören derselben nicht wieder.

4. Wie bei jedem anderen antigonorrhoischen Mittel, so giebt es auch beim Ichthyol Fälle, welche sich refraktär verhalten, — sei es, dafs die Gonokokken bei jedem Versuch, die Behandlung auszusetzen, wieder erscheinen, sei es, dafs sie überhaupt gar nicht verschwinden. Aber diese Fälle sind im Vergleich zu anderen Mitteln spärlich.

5. Das Ichthyol hat die Eigenschaft, die eitrige Sekretion relativ schnell in eine dünnflüssige, mehr seröse zu verwandeln; in späteren Stadien tritt oft eine grofse Anzahl von Epithelien in den Präparaten auf. Vor allem die letzterwähnte Wirkung ist, wie Neisser stets besonders betont hat, eine sehr erwünschte; denn einmal beweist sie ein Abklingen der rein entzündlichen Erscheinungen — dann aber dürfen wir uns wohl vorstellen, dafs durch die starke Abstofsung der Epitelzellen Kokken, welche zwischen den tieferen Schichten derselben liegen, leicht an die Oberfläche gebracht und eliminiert, und dafs auf der anderen Seite durch diese Desquamation dem Arzneimittel selbst der Zutritt zu solchen tieferen Kokkenherden erleichtert wird.

6. Für die Praxis ist das Ichthyol gut verwendbar, weil es nicht zu teuer ist (200 g einer 1%igen Lösung kosten in der Apotheke 65 Pfennig — im grofsen ist es sehr billig herzustellen), weil die Flecken, die es in der Wäsche macht, leicht auszuwaschen sind — der Geruch ist in den dünnen Lösungen so wenig auffallend, dafs er auch in der Privatpraxis nie gestört kat.

Die definitive Methode der Anwendung des Ichthyols in der Gonorrhoetherapie ist bisher durch unsere Versuche gewifs noch nicht festgestellt; die theoretische Begründung seiner Wirkung bleibt noch zu geben — das aber geht aus den oben berichteten Erfahrungen als zweifellos hervor, dafs das Ichthyol einen ersten Platz in der Behandlung der Gonorrhoe in allen ihren Lokalisationen verdient. Ob es dem Argentum nitricum den Rang ablaufen wird, erscheint mir zweifelhaft, aber es wird neben und mit demselben genug zu leisten finden, vor allem in der Frühbehandlung akuter Gonorrhoen des Mannes und der Frau.

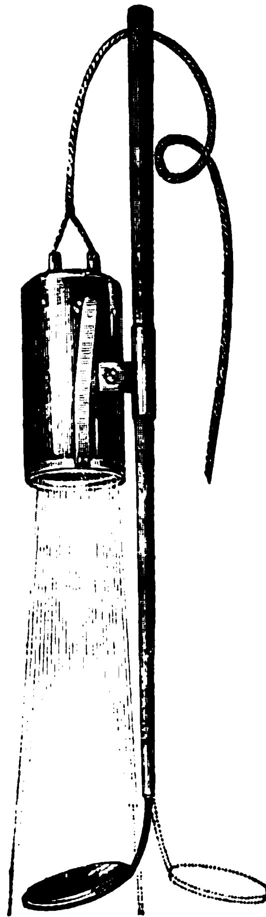
Verschiedenes.

Fenchels elektrische Einrichtung für Ärzte und Zahnärzte.

Das Bedürfnis nach einer Batterie, welche konstanter arbeitet als die bis jetzt gebräuchlichen Chromsäurebatterien, führten Verfasser zur Konstruktion einer Salmiakbatterie, welche ein längeres Arbeiten ohne Unterbrechung gestattet, dabei leicht zu behandeln ist und nur selten einer Erneuerung bedarf.

Als Element wurde die gröfste Form von Fleischers Elementen gewählt, deren kleine Form sich bei Telephon- etc. Anlagen seit langem bewährt hat. Sechs solcher Elemente besafsen genügende Energie, eine stark lichtkräftige Lampe (6 Volt.) zu erhellen. Da die Zeitdauer dieser Arbeitsleistung jedoch nur ca. 10 Minuten für die jedesmalige Einschaltung beträgt, und die Batterie nach einer solchen Arbeitsleistung

einer Pause von ca. 10 Minuten bedarf, um sich zu voller Kraft zu erholen. so genügte die Batterie in dieser Form nicht für zahnärztliche Zwecke, welche eine Lichtquelle beanspruchen, die längere Zeit ununterbrochen funktioniert.



Zu diesem Zwecke stellt Verfasser drei der oben erwähnten Batterien zusammen und konstruiert hierzu einen Umschalter, welcher ohne Arbeitsunterbrechung durch einfachen Druck auf den Schalterhebel einen Wechsel der Batterien gestattet, so dafs für jede derselben auf eine Arbeitsleistung von 5—10 Minuten eine Ruhepause von doppelter Zeitdauer folgt, nach welcher die erschöpfte Batterie sich zu voller Kraft erholt hat.

Nach Lösung der Batteriefrage beschäftigte Verfasser sich mit der Konstruktion eines passenden Reflektors anfänglich nur für zahnärztliche Zwecke. Die beigedruckte Abbildung zeigt das Modell, welches sich in zahnärztlichen Kreisen sehr schnell eingeführt hat.

Durch die Liebenswürdigkeit mehrerer hiesigen Ärzte wurde ich erst darauf aufmerksam gemacht, dafs der Reflektor sich für die verschiedensten ärztlichen Zwecke eigne, namentlich für Untersuchungen und Operationen im Munde und Nasenrachenraum. Zu diesem Zwecke dreht man den Reflektor um die Achse des Stiels, so dafs der Spiegel in die auf der Abbildung durch Punkte angedeutete Linie kommt und in dieser Lage als Spatel zum Wegdrücken der Wange, Zunge etc. benutzt wird, während über den weggedrückten Teil das Licht des Reflektors ein freies Operationsfeld beleuchtet.

Indem man den Reflektor ganz vom Griffe des Spiegels abzieht, erhält man eine leicht und bequem zu handhabende Lichtquelle, welche bei Untersuchungen und Operationen im Ohr, der Nase, Vagina etc. den so lästigen und oftmals die freie Bewegung des Operateurs hindernden Stirnspiegel überflüssig macht.

Ein weiterer, bedeutender Vorzug des kleinen Apparates besteht darin, dafs derselbe stets aufserhalb des zu untersuchenden Körpers bleibt und der Spiegel leicht gewechselt werden kann, so dafs die Asepsis bei Untersuchungen und Operationen stets gewahrt bleibt.

Zum Betriebe des Reflektors für ärztliche Zwecke genügt fast jede, auch weniger starke Chromsäurebatterie. Für solche Herren, welche keine elektrische Batterie besitzen, genügt eine Salmiakbatterie von 6 Elementen, welche zugleich für Galvanokaustik eingerichtet ist.

Durch das Entgegenkommen der hiesigen Firma Pertzel und Schulz (Döbberitz Nachf.) ist es mir möglich gemacht den Reflektor nebst Reserveglühlampe und Schnur zu dem billigen Preise von M. 25.— in den Verkauf bringen zu können; eine für praktische Ärzte vollkommen ausreichende Batterie nebst Schalter und Leitung für Beleuchtung und galvanokaustische Zwecke wird ebenfalls von der genannten Firma für M. 40.— auf Wunsch dazu geliefert.

Ich hoffe in den genannten Stücken für das ärztliche Instrumentarium einen brauchbaren Zuwachs geschaffen zu haben, dessen Nützlichkeit und Billigkeit zu weiter Verbreitung führen mögen.

Zahnarzt Fenchel,
Hamburg, Esplanade 40.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. № 11. 1. Dezember 1892.

Einige Bemerkungen über die pruriginösen Hauterkrankungen und die alten Lichen-Formen.

Vortrag, gehalten auf dem II. Internationalen Dermatologischen Kongresse in Wien.

Von

L. Brocq,
Paris.

Vorbemerkung.

Im folgenden will ich mich keineswegs mit allen pruriginösen Hautkrankheiten beschäftigen; es sollen vielmehr dieselben nur soweit berücksichtigt werden, als der Pruritus bei ihnen eine hervorragende Rolle spielt, und als sie einem krankhaften Zustand des Nervensystems ihre erste Entstehung zu verdanken scheinen.

Aber selbst mit dieser Einschränkung handelt es sich immer noch um eine große Gruppe von Krankheiten, denn es gehören notwendig hierher eine Menge von Affektionen, die man einstweilen noch zu der Urticaria innerlichen Ursprungs und zu den sogenannten lichenoiden Ekzemen rechnet; ferner die Prurigo Hebra, der Lichen circumscriptus acutus u. s. w. der älteren französischen Ärzte, der Lichen ruber, die Dermatitis herpetiformis Duhring mit ihren verschiedenen Varietäten.

Diese genannten Dermatosen weisen nun trotz der verschiedenartigsten objektiven Symptome einzelne gemeinsame Eigenschaften auf, deren Beschreibung an dieser Stelle versucht werden soll. Außerdem aber handelt es sich, wie mir scheinen will, darum, diese Dermatosen von einem neuen Standpunkte aus zu untersuchen — eine Aufgabe, der ich mich gemeinsam mit meinen Lehrern E. Vidal und E. Besnier seit Jahren unterziehe. Auch die vorliegende Arbeit verfolgt diesen Zweck.

Als nacheinander die Prurigo Hebra, die Dermatitis exfoliativa generalisata, die Dermatitis herpetiformis Duhring als besondere Krankheitstypen aufgestellt wurden, haben wir bekanntlich, wie verschiedene andere Forscher, aber mit noch mehr Beharrlichkeit, immer und immer

wieder betont, daſs, um zu einer richtigen und naturgemäſsen Auffassung der Hautkrankheiten zu gelangen, man sich nicht dürfe ausschlieſslich von ihrem Aussehen, von der bloſsen Form des Ausschlags leiten lassen. Allerdings hat diese ein gewichtiges Wort mitzureden; man muſs aber auch das Gesamtbild der Krankheit berücksichtigen, ihre Pathogenese, ihren Verlauf, ihre subjektiven Symptome u. s. w u. s. w., und zur Gruppenbildung sollte man erst unter Berücksichtigung aller einschlägigen Verhältnisse schreiten. Mit anderen Worten: man soll nicht nur den Ausschlag in einem bestimmten Zeitpunkt mit peinlicher Gewissenhaftigkeit analysieren, man soll sich vielmehr auch einen Überblick über den Gesamtzustand des Körpers während der Krankheit verschaffen und ihr wahres Wesen zu erkennen versuchen. Diese Aufgabe habe ich mir für die pruriginösen Hauterkrankungen gestellt.

Ich werde nun zuerst die verschiedenen Ausschläge, bei denen der Pruritus sich zeigt, zusammenstellen und jede dieser Ausschlagsformen auf ihren inneren Wert untersuchen; in einem zweiten Abschnitt werde ich sodann meine Ansicht über diese Dermatosen auseinandersetzen.

I. Teil.

Untersuchung der Hautausschläge bei den neurotischen, pruriginösen Dermatosen.

Die neurotischen, pruriginösen Hauterkrankungen können sich mit den verschiedensten Ausschlägen vergesellschaften; letztere zerfallen in zwei Hauptgruppen.

Die erste Gruppe umfaſst diejenigen Formen, die zu einer bestimmten Krankheit zu gehören scheinen, wie z. B. die charakteristischen Papeln des Lichen ruber mit ihren verschiedenen Varietäten; die Papeln im Beginn der Prurigo Hebra, wenn anders man die jüngsten Untersuchungen in dieser Frage für abgeschlossen hält.

Zur zweiten Gruppe gehören umgekehrt alle die unbestimmten, nichtssagenden Ausschlagsformen, d. h. alle diejenigen, die bei den verschiedenartigsten Krankheiten auftreten können. Ich meine, wir haben kein Recht, dieselben einfach als verschiedene Reaktionsformen des nämlichen Organismus aufzufassen, der je nach seiner Idiosynkrasie bald in dieser, bald in jener Weise auf einen krankhaften Reiz antwortet. Man wird sich ihrer Mannigfaltigkeit und Vielgestaltigkeit sofort bewuſst, sowie man sich nur die Geschichte der Dermatitis herpetiformis vergegenwärtigt. Ihre drei häufigsten und gleichzeitig auch wichtigsten Varietäten, die lichenoiden, die ekzematösen und die urticaria-artigen Formen seien hier einer kurzen Besprechung unterzogen.

1. Die lichenoiden Ausschläge. — Die Veränderungen der Haut infolge des Kratzens. — Theorie der Lichenifikation.

Wird auf eine umschriebene Hautstelle ununterbrochen irgend ein Reiz ausgeübt, so erfährt diese Haut fast jedesmal allmählich eine bald mehr, bald weniger tiefgreifende Veränderung in Bezug auf ihr Aussehen, ihren anatomischen Bau und ihre physiologische Leistung. Auf diese Weise kommen nach und nach die verschiedenen Gewerbskrankheiten der Haut, die Hautveränderungen infolge des Druckes von Korsets, von Bruchbändern u. s. w. zu stande. Bei einer bereits erkrankten Haut wirken derartige Reize nun aber bisweilen noch viel schneller und viel nachhaltiger. So ist es denn auch erklärlich, daſs, wenn man in den so häufigen Fällen von Juckreiz die Haut durch immerwährendes Kratzen reizt, in verhältnismäſsig kurzer Zeit Erscheinungen sich einstellen, die im wesentlichen in einer chronischen Entzündung der Hautdecken bestehen. JACQUET hat das ja bekanntlich sehr klar nachgewiesen. Die Cutis wird allmählich von embryonalen Zellen infiltriert; sie verdickt sich, wird hart und knotig, die Papillen hypertrophieren und gewinnen zuweilen sogar das Aussehen unregelmäſsiger und ungleicher Papeln, nachdem sie jeden Zusammenhang mit dem Haar-, Talg- und Schweiſsdrüsensystem verloren haben.

Nach bald längerer, bald kürzerer Zeit sieht die Haut ganz eigenartig aus, indem ihre natürlichen Falten sich vergröſsert haben und eine Art viereckiges Netzwerk bilden, und indem die einzelnen Hautschichten stärker oder schwächer infiltriert erscheinen, wobei sie ihre Elastizität und normale Beschaffenheit eingebüſst haben. — Diesen krankhaften Vorgang nun bezeichne ich als Lichenifikation.

Bei diesen Hautveränderungen kommen aber alle möglichen Grade zur Beobachtung. Bald sind die Gewebe sehr verdickt, infiltriert, deutlich in viereckige Felder geteilt, bald wieder mit deutlichen, pseudo-papulösen Elementen bedeckt. In letzterem Fall ist die Lichenifikation sehr ausgesprochen; sie kommt aber auch in mäſsigem Grade oder nur eben angedeutet zur Beobachtung. Bisweilen endlich sind die Hautschichten nicht merklich verdickt und erst bei genauerer Untersuchung entdeckt man, daſs trotzdem die natürlichen Falten vergröſsert sind, und in ihren Interstitien gewahrt man kleine, flache, glänzende Plättchen, die, abgesehen von ihrer Farbe und Glattheit, eine entfernte Ähnlichkeit mit den kleinen Körperchen im Beginn des Lichen planus aufweisen. In solchen Fällen bewahrt die Haut nicht immer ihre normale Färbung, sieht vielmehr etwas rostfarben aus. Für diese Form der Hautveränderung möchte ich die Bezeichnung „abortive Lichenifikation“ vorschlagen.

Es giebt also verschiedene Grade der Lichenifikation. Aber nicht

bei allen Menschen, die sich wegen ihres Pruritus kratzen, entsteht sofort an den erkrankten Stellen ein Lichen. In manchen Fällen scheint nämlich die Vitalität oder die Ernährung der Haut so beeinflußt zu werden, daß die Lichenifikation mit der größten Leichtigkeit zu stande kommt, während bei anderen Dermatosen mit Juckreiz die Haut sich gegen krankhafte Einflüsse normal oder vielleicht noch widerstandsfähiger verhalten mag. Andererseits läßt sich auch nicht leugnen, daß die verschiedenen Individuen sich der in Frage stehenden Erscheinung gegenüber verschieden verhalten.

Es ergiebt sich hieraus also, daß nicht jeder an Pruritus irgend einer Körperstelle Leidende nun auch notwendig durch Kratzen einen Lichen erzeugen wird, vielmehr ist hierzu noch zweierlei erforderlich: einmal, daß durch die Grundkrankheit der Lichenifikation vorgearbeitet werde, und sehr wahrscheinlich zweitens, daß die Haut des Kranken zu dieser Umgestaltung neige.

Nun kann aber — was man bei der Klassifikation der in Frage stehenden Hautleiden nicht übersehen wolle — die Lichenbildung sowohl auf einer völlig gesunden, wie auch auf einer bereits erkrankten Haut vor sich gehen. Die erste Gruppe bezeichne ich als primäre Lichenifikation, denn hier ist der lichenoide Zustand ein ganz reiner, unverfälschter, neben dem keine andere Ausschlagsform besteht. Diese Gruppe zerfällt wieder in zwei Unterabteilungen, je nachdem es sich um umschriebene oder diffuse Formen handelt; erstere entsprechen dem Lichen circumscriptus der älteren Dermatologen, dem Lichen simplex chronicus von E. Vidal, sowie meiner Neurodermitis circumscripta chronica; letztere sind mit meiner Neurodermitis diffusa identisch (Vergl. über diesen Gegenstand meine Arbeiten aus den Jahren 1891—92). Diese primäre Lichenbildung ist die einzige Hauterkrankung, die die Bezeichnung Lichen in seiner ursprünglichen Bedeutung mit Recht verdient.

Dagegen handelt es sich bei den Fällen der zweiten Gruppe, der sekundären Lichenifikation, niemals um wirklichen Lichen, sondern immer nur um lichenifizierte Dermatosen. Diese Formen sind ungemein häufig; sie sind so gewöhnlich, daß sie fast ausschließlich zur Beobachtung kommen und das Vorhandensein der primären Lichenifikation nahezu verdecken. Denn fast alle juckenden, an bestimmte Stellen gebundenen Hautleiden geben zu stärkeren Reizen Anlaß, die nach einiger Zeit eine gewisse Lichenifikation der Haut bewirken. Zum Zustandekommen der sekundären Lichenifikation genügt es also, daß das Grundleiden mit Juckreiz verbunden sei, daß es während einer hinreichend langen Zeit auf der nämlichen Hautstelle seinen Sitz habe, so daß auf diese Stelle die lichenifizierenden Einflüsse hinreichend lange einwirken,

und dafs endlich die erkrankte Person zur Lichenifikation geneigt sei. Daher kommt es denn so häufig zur sekundären Lichenbildung beim chronischen Ekzem, bei den künstlich hervorgerufenen Ausschlägen, bei der Psoriasis pruriginosa, beim Lichen ruber planus, bei der Mycosis fungoides, bei der Pityriasis rubra u. s. w., und vor allem bei jener Dermatose, die wir in Frankreich als Prurigo Hebra bezeichnen, oder vielmehr bei jener Form, die ich als ihre Varietät beschrieben habe. (Vergl. über diesen Gegenstand die Abhandlung von Vidal *Über den Lichen*, 1886, sowie meine Arbeiten aus diesem Jahre.)

Wir haben also gesehen: Die Lichenbildung kommt bei den verschiedensten Krankheitszuständen zur Beobachtung. Wir dürfen in ihr also weiter nichts als ein „Syndrom“ erblicken, das für sich allein weder eine Krankheitsgruppe kennzeichnen kann, noch als Grundlage für eine Einteilung verwertet werden darf. Indem die Dermatologen diese wahre Bedeutung der Lichenifikation so lange verkannten, begegnen wir so mancher irrigen Auffassung bei ihnen: Die einen folgerten aus dem Zusammentreffen des Lichen mit mancher gut gekannten Hautkrankheit und namentlich mit dem Ekzem, dafs beide Dermatosen zusammengehörten, und erblickten in ihm nur eine einfache Varietät des Ekzems. Die anderen gingen von den Fällen aus, in denen es bei Hautleiden nur zu einer Lichenbildung ohne sonstige Ausschlagsformen kommt, und legten derselben infolgedessen zu grofse Bedeutung bei, indem sie alle Fälle, bei denen dieselbe zur Beobachtung gelangt, als Varietäten einer grofsen Dermatosengruppe betrachteten, der sie den Namen Lichen beilegten. Das ist die Ursache aller der Verwirrungen, die die Lichen-Frage so lange verdunkelt haben.

Man sieht also, um zu einer richtigen Auffassung aller derjenigen Fälle, in denen das Syndrom der Lichenifikation sich findet, zu gelangen, mufs man von diesem Syndrom ganz absehen und vor allem durch die Anamnese, durch eine sorgfältige Untersuchung des Ausschlags sowohl wie der ganzen Hautoberfläche zu ermitteln suchen, ob und zu welchem bereits früher vorhandenen Ausschlag der Lichen sich hinzugesellt hat. Findet sich keine Spur eines solchen Ausschlags, lassen sich keine Formelemente ermitteln, die auf eine Prurigo Hebra, auf Lichen ruber, auf Psoriasis, auf Gewerbe-Exantheme u. s. w. hinweisen, so hat man an eine primäre Lichenifikation, an eine reine Neurodermitis zu denken. Im anderen Falle dagegen wird man eine sekundäre Lichenifikation, eine lichenifizierte Dermatose diagnostizieren. Aber gleichviel, wie schliefslich die Diagnose lautet — das Vorhandensein des Lichens bei einem Hautleiden deutet immer auf eine stärkere Reizung der Haut, auf häufiges Kratzen, sowie auf ein längeres Bestehen der Dermatose an der lichenifizierten Stelle hin. Der Lichen legt des weiteren Zeugnis für eine be-

sondere Anlage des Patienten ab: kurz, es handelt sich um eine wirkliche trophische Hautstörung.

2. Ekzematöse Ausschläge.

Ähnliche Gesichtspunkte gelten für die ekzematösen Ausschläge. Schon seit einiger Zeit erblicken wir Franzosen in dem Bläschen- und Schuppenausschlag, der Ekzem genannt wird, keine einheitliche Krankheitsgruppe mehr; die Ansicht von E. BESNIER und E. VIDAL hat in Frankreich mehr und mehr an Boden gewonnen; für mich unterliegt ihre Richtigkeit keinem Zweifel mehr. Das Ekzem, „l'Eczématisation“ (die Ekzembildung), wie E. BESNIER sich ausdrückt, ist nur eine besondere Reaktionsweise des Organismus auf verschiedene Reize. Erst unter diesem Gesichtspunkt versteht man, warum auf eine örtliche Schädigung, oder auf eine Vergiftung des Gesamtkörpers, oder auf irgend eine nervöse Störung ein ekzematöser Ausschlag folgt, oder warum letzterer sich bei einem und demselben Individuum zu andern krankhaften Hauterscheinungen hinzugesellen kann. Habe ich doch sogar nachgewiesen, daſs das Ekzem in manchen Fällen zu bestimmten Zeiten neben einer primären Lichenifikation, also einer reinen Neurodermitis, erscheinen kann, und daſs es dann doch weiter nichts als ein einfaches Nebensymptom (Epiphénomène), so zu sagen einen bloſsen Zufall im Verlauf der Krankheit bedeutet. Alle diese anscheinend so verworrenen Fälle werden uns völlig klar, sowie wir sie nach den von mir entwickelten Grundsätzen beurteilen.

3. Urticaria-Ausschläge.

Nach den vorhergehenden Ausführungen werde ich bei den Urticaria-Ausschlägen mich nicht lange aufhalten. Die Urticaria-Bildung ist eine der häufigsten, alltäglichsten Reaktionen bei den pruriginösen Hautleiden. Die Urticaria kann für sich allein bestehen oder zu andern Ausschlägen hinzutreten.

Abgesehen von der Prurigo HEBRA entstehen fast alle Prurigopapeln aus Urticaria-Quaddeln, an deren Spitze der Kranke die Haut abgekratzt, exkoriiert hat. So sind z. B. die pruriginösen Ausschläge der Kinder, wie COLCOTT FOX gezeigt hat, aus papulösen, papulo-vesikulösen und papulo-bullösen Elementen zusammengesetzt.

Abgesondert von diesen Ausschlagsformen ist diejenige Dermatose zu erörtern, in der das Grundelement des Lichen zur reinsten Anschauung kommt und die von VIDAL als Lichen simplex acutus bezeichnet wird, (vgl. seine Abhandlung aus dem Jahre 1886, sowie meine Arbeiten). Hier treffen wir in zahlreicher Menge kleine rosenrote Papeln oder Vesikelpapeln, die nicht zusammenfließen, jucken, an ihrer Spitze häufig

exkoriiert sind. Sie stehen in der Mitte zwischen den Formelementen der Urticaria, des Schweifsausschlages, des Erythema papulosum und des „Eczema papulo vesiculosum“ genannten Ausschlags.

II. Teil.

Die Bedeutung der neurotischen, pruriginösen Dermatosen.

Bei der Abschätzung und Einteilung der nervösen Hauterkrankungen sind vor allem drei Punkte zu berücksichtigen.

1. In erster Linie mufs man sich bemühen, das Prinzip, das Wesen der Krankheit zu ergründen — beim jetzigen Stand der Dinge eine der schwierigsten Aufgaben. Das einzige, was wir sicher wissen, ist, dafs man im Beginn der Krankheit immer jenen eigentümlichen Körperzustand vorfindet, der Nervosismus genannt wird. Dieser Zustand ist leider noch wenig erkannt, sehr verwickelter Natur und der Erkenntnis auch schwer zugänglich. Und doch wäre gerade die Entwirrung seiner verschiedenen Formen sehr wünschenswert, denn eine derartige Unterscheidung bildet erst die Voraussetzung für die Einteilung der Hautneurosen.

Zuweilen besteht im Beginn der Krankheit nur ein geringer Grad von Nervosismus, der sich aber allmählich verschlimmert, auch die Haut in Mitleidenschaft zieht und so Anlafs zur Dermatose giebt, bisweilen wiederum erscheint letztere plötzlich, gelegentlich einer heftigen Erregung, einer Gemütserschütterung, infolge von Kummer u. s. w., durch welche Umstände die Nervosität des Kranken hervorgerufen oder noch verschlimmert wird.

2. Es gilt ferner, die Art und Weise zu ermitteln, wie der Nervosismus auf die Haut wirkt. Diese Aufgabe ist schon viel leichter. Bald nämlich zeigen sich die Hautsymptome des Nervosismus nur in Zwischenräumen, und zwar entweder in regelmäfsigen (Pruritus menstrualis, Pruritus der Jahreszeiten), oder in unregelmäfsigen (Pruritus bei Gichtanfällen), bald sind sie ununterbrochen vorhanden. Bald beschränken sie sich auf einen oder mehrere, symmetrische oder unsymmetrische, Punkte, bald sind sie diffus oder gar über den ganzen Körper verbreitet. Bald sitzen sie auf der Streckseite, bald auf der Beugeseite. Aus diesem Verhalten ergeben sich wichtige Unterscheidungen, die bereits die Aufstellung von Gruppen gestatten.

3. Der dritte, in Frage kommende Punkt endlich ist die Art und Weise, wie die Haut infolge solcher nervösen Erkrankung reagiert, und hier nun kommen die verschiedenen Ausschlagsformen in Betracht, die im ersten Teil dieser Abhandlung besprochen wurden.

Ich glaube nun, nach den soeben dargelegten drei Gesichtspunkten die neurotischen, pruriginösen Dermatosen so klassifizieren zu können, wie es im folgenden geschieht.

I. Zu der ersten Gruppe von Fällen gehören diejenigen, bei denen die Haut nicht reagiert, d. h. frei von Ausschlag bleibt und sich auch infolge von Kratzen wenig oder gar nicht verändert. Hierher gehören die Pruritusformen ohne greifbare Veränderung, die Pruritus ohne Prurigo. Ich nenne sie Neurodermien. Diese Neurodermien können auf einzelne Stellen beschränkt bleiben oder den ganzen Körper befallen.

A) Neurodermien des ganzen Körpers.

a) Sie können sich ohne Unterbrechung über lange Zeiten hinziehen. Typisch ist hierfür der Pruritus senilis. Indessen kommt ein langdauernder Pruritus generalisatus ohne Ausschlag und ohne Lichenifikation auch sonst vor. Hier ein klassisches Beispiel dafür:

Beobachtung 1. Neurodermia generalisata ohne Lichenifikation.

Pruritus generalisatus, ähnlich dem Pruritus senilis, bei einer nervösen Frau.

Am 9. Mai 1892 suchte mich die 43jährige Haushälterin Frau L. im Hospice La Rochefoucauld auf, um mich wegen Hautjuckens, an dem sie seit 6 Jahren litt, um Rat zu fragen. Sie war früher niemals krank, ist sehr nervös und reizbar, mager; hat eine trockene, zarte Haut und sieht alt aus.

Das Brennen betrifft seit langer Zeit den ganzen Körper; es ist ununterbrochen, und die Kranke bringt ihre Zeit damit hin, sich zu kratzen. Die Haut ist überall, am meisten aber an den Oberextremitäten, dem Rücken und den Schultern, durch die Fingernägel exkoriiert und zerschrammt. An diesen Stellen, namentlich am Rücken, ist sie gelblich verfärbt und mit weifslichen Punkten besetzt, die an Narben erinnern. Sie ist nirgends verdickt und zeigt nirgends eine Andeutung von Lichenifikation.

Indessen finden sich doch am Vorderarm kleine Furchen, die deutlicher als gewöhnlich sind, und zwischen ihnen kleine glänzende Felderchen, so dafs die Haut hier einen granitartigen Eindruck macht. Derselbe Zustand wiederholt sich auch an den Beinen. — Die Frau hat niemals an Ausschlag gelitten, hatte niemals Würmer; im Harn weder Eiweifs noch Zucker.

Die Kranke wird mit heifsen Douchen und Karbolsalbe behandelt, was zur Folge hat, dafs sie sich nach einiger Zeit den Tag über nicht mehr zu kratzen braucht. Das Jucken fängt aber sofort an, sowie sie sich zu Bett legt.

Am 15. Juni ist das Brennen in der Gegend unterhalb der Arme am stärksten, hier ist auch reichliche Schweifsabsonderung, während der übrige Körper fast vollkommen trocken bleibt. Patientin hat bereits über 20 Douchen genommen, fühlt sich aber in keiner Weise davon angegriffen; sie lobt im Gegenteil ihr Befinden, kratzt sich aber noch immer.

b) Der Pruritis kann auch vorübergehend, intermittierend sein, wie mancher Pruritus arthriticus und Pruritus menstrualis.

B) Neurodermia localisata circumscripta.

a) Wie bei der Neurodermia generalisata dauert auch hier das Jucken zuweilen durch Monate und Jahre ohne Unterbrechung, wie das folgende Beispiel zeigt:

Beobachtung 2. Neurodermia circumscripta chronica ohne Lichenbildung, Pruritus an der Stirn und den Augenbrauen.

X....., ungefähr 50 Jahre alt, kam im Februar 1892 wegen eines unablässigen Juckens an der Stirn und den Augenbrauen zu mir. Er leidet seit 7—8 Jahren daran und hat alles Mögliche erfolglos dagegen angewandt. Er ist Rheumatiker, sehr reizbar, sein Pruritus stellte sich nach vielen kummervollen Erlebnissen ein. Das Brennen ist fast unaufhörlich, nur dafs es öfters des Tages ganz plötzlich einmal heftiger wird, meistens ohne nachweisbare Veranlassung. Patient kann schlafen. An Stirn und Augenbrauen ist ein Ausschlag nicht sichtbar. Die Haut ist hier wohl ein wenig stärker gerötet, narbig; sie ist aber nicht deutlich verdickt und weist keine Kratzspuren auf. Eigentliche Augenbrauen besitzt Patient nicht mehr; sämtliche Haare an diesen Stellen sind durch das fortwährende Reiben verschwunden.

Eine äufserst knappe Diät und der innerliche Gebrauch von Belladonna-Tinktur führten wesentliche Besserung herbei; nach Verlauf von anderthalb Monaten kratzt Patient sich nicht mehr und die Augenbrauen fangen wieder an zu wachsen.

b) Die Neurodermia circumscripta kann auch von regelmäfsigen oder unregelmäfsigen Ruhepausen abgelöst werden, wie folgendes Beispiel zeigt:

Beobachtung 3. Neurodermia circumscripta intermittens. Pruritus intermittens menstrualis im Gesicht bei einer nervösen Frau.

Die 40jährige Haushälterin D. kam am 25. Mai 1892 wegen Brennens im Gesicht zu mir, das sie seit 3 Jahren verspürte und das rings um den Mund, besonders aber an der rechten Seite empfunden wurde.

Patientin ist äufserst nervös und sehr reizbar. Mit 20 Jahren litt sie an Nervenkrisen und hat seitdem von Zeit zu Zeit die Empfindung

des Globus hystericus. Die Sensibilität ist am linken Arm und rechten Bein herabgesetzt. An der Zunge beständig fibrilläre Zuckungen. Sie klagt über Krämpfe in den Fingern. — Kinder hat sie nie gehabt. — Alkoholmifsbrauch läfst sich nicht bestimmt nachweisen, ist aber sehr wahrscheinlich. Sie war niemals hautkrank und hat nur vor 15 Jahren eine Urticaria gehabt, die aber ohne Arznei heilte. Patientin erfreut sich sonst einer guten Gesundheit, nur dafs ihr Gesicht jedesmal, wenn das Unwohlsein sich einstellt, rot wird, anschwillt und unerträglich brennt. Diese Symptome erscheinen 1—2 Tage vor den Menses und verschwinden fast gleichzeitig mit ihnen. Sie dauern im Mittel 4 Tage. Als ich die Kranke sah, war der Anfall gerade vorüber. Man konnte im Gesicht nur noch eine mäfsige Röte, etwas kleiige Abschuppung und eine geringe Vergröfserung der Hautfalten wahrnehmen; eine irgendwie nennenswerte Verdickung war nicht vorhanden. — Verordnung: Tinctura Belladonnae und heifse Douchen.

Die beiden hier beschriebenen Fälle von Pruritus circumscriptus ohne gleichzeitigen Ausschlag betrafen das Gesicht. Aber derartige Symptome kommen an allen Körperteilen vor, mit Vorliebe an der Nase, den Händen, den Füfsen, dem After und den Geschlechtsteilen.

II. In einer zweiten Reihe von Fällen ist die Hautreaktion zwar vorhanden, aber sie ist hier nur eine Folge des Kratzens und besteht nur in der von mir beschriebenen primären Lichenifikation.

A) Der Ausschlag ist nur schwach entwickelt, abortive Lichenifikation. (Vgl. weiter oben.) In fast allen diesen Fällen handelt es sich immer um diffuse, symmetrische Formen, die den von mir in meinen früheren Arbeiten vorgeschlagenen Namen Neurodermitis diffusa mit Recht verdienen. Einen typischen Fall derart habe ich bereits 1891 veröffentlicht; ich lasse hier zwei weitere lehrreiche Fälle folgen.

In dem ersten Falle ist der Ausschlag nur sehr gering und gleicht bei oberflächlicher Betrachtung fast gänzlich dem trockenen, diffusen Ekzem. Es ist dies wohl überhaupt die denkbar schwächste Form der Lichenifikation.

Im zweiten Fall ist der Ausschlag schon deutlicher und gleichzeitig etwas weniger diffus; er bildet gewissermafsen das Bindeglied zwischen dieser und der nächstfolgenden Gruppe.

Beobachtung 4. Neurodermitis diffusa. Primäre, abortive, diffuse Lichenifikation bei einer nervösen Frau.

Am 8. Juni 1892 kam die 43jährige Frau M.... im Krankenhaus Larochefoucauld in meine Behandlung. Sie litt an einer pruriginösen Hautkrankheit. Das Leiden hatte nach Aussage der Patientin vor

2½ Monaten mit einer kleinen, nässenden, ekzematös aussehenden Plaque begonnen, die sehr stark juckte. Dieselbe ist noch an der Aufsenfläche des rechten Arms sichtbar; ihre Ränder sind undeutlich, verschwommen, die Haut verdickt, die Oberfläche von sich rechtwinklig kreuzenden Falten durchzogen. Man gewahrt daselbst noch eine Art von Pseudo-Papeln, die teils stärker, teils schwächer exkoriiert sind, und eine weifsliche, kleienartige Abschuppung.

Auf dem übrigen Teil des Oberarms und der Aufsenfläche des Vorderarms finden sich Kratzspuren, Exkoriationen und an mehreren Punkten ein ekzematiformes Aussehen. An den Schenkeln wiederholt sich dasselbe Bild: etwas Hautverfärbung, Kratzspuren; aufserdem entdeckt man, wenn man die Haut spannt, bei näherem Zusehen zahlreiche kleine Elemente, die wie kleinste, glänzende Papeln des Lichen planus aussehen. Alle diese Formelemente sind übrigens symmetrisch und sitzen namentlich an der Aufsenfläche, sowie ein klein wenig an der Innenfläche der Oberschenkel. — Es ist dies also eine Neurodermitis diffusa, die sehr viele Ähnlichkeit mit dem Ekzem hat. Bestärkt wurde diese Diagnose noch durch das Vorhandensein von Knötchen und Vitiligo-Plaques am Hals und oberhalb der Augenbrauen. — Behandlung: heifse Douchen, Karbolsalbe.

Am 22. Juni erschienen an den Oberschenkeln frische Plaques, die wie ein „Eczéma fendillé“ aussahen, aber nicht näfsten; sie waren gleichfalls symmetrisch. Sonst keine nennenswerte Veränderung im Befinden.

Am 8. Juli bietet die Haut ein ganz anderes Aussehen; fast alle Elemente sind nun verschwunden, ohne dafs vom ersten Tag der Beobachtung an jemals Nässen oder eine erwähnenswerte Abschuppung bestanden hätte. Auch die allgemeine Nervosität hat nachgelassen. — Die heifsen Douchen werden fortgesetzt.

Beobachtung 5. Neurodermitis diffusa. — Diffuse symmetrische, primäre Lichenifikation bei einer nervösen Frau.

Am 17. Juni 1892 kam die 35jährige Haushälterin V.... im Krankenhaus Larochefoucauld in meine Behandlung. Vor 10 Jahren litt sie an einem Magenkatarrh und auch jetzt kommt es häufig 4—5 Stunden nach dem Essen zum Erbrechen. Voriges Jahr hatte sie Rheumatismus mit Anschwellung der Hände und Füfse. Sie hat 5 gesunde Kinder und litt während keiner Schwangerschaft an Ausschlag. Der erste Herzton ist etwas verlängert; sie ist sehr reizbar, weint leicht und bekommt bei der geringsten Veranlassung nervöse Anfälle. Sie hat eine Tochter von 6 Monaten an der Brust.

Vor ungefähr 5 Monaten wäre sie beinahe überfahren worden. Sie erschrak damals sehr heftig. Bald darauf zeigten sich die ersten Er-

scheinungen an den Schenkeln. Der Ausschlag wurde mit Teer behandelt, besserte sich anfangs; verschlimmerte sich aber wieder, sowie die Behandlung ausgesetzt wurde. Sie nahm darauf Schwefelbäder, die indessen nur einen neuen Exanthem-Ausbruch zur Folge hatten. Jetzt klagt sie über unerträgliches Brennen auf den Armen, dem Leibe und den Schenkeln.

Alle Falten des Unterleibs, der Nabel, die Plica suprapubica transversalis, der Leistenbug sind stark und gleichmäſsig gerötet und gleichen bei oberflächlicher Betrachtung dem Eccema seborrhoicum, anscheinend mit etwas Nässen. Jedoch überzeugt man sich bald, daſs dieses Nässen zum gröſsten Teil, wenn nicht ausschlieſslich, von dem starken Schwitzen herrührt, dem die sehr fettleibige Patientin unterworfen ist, und das auch die Röte veranlaſst hat.

Die Grenzen des Ausschlags sind ganz unregelmäſsig und verlaufen etwa wie auf einer geographischen Zeichnung. Auf der oberen inneren Fläche der Schenkel finden sich zahlreiche, in Bezug auf Form und Ausdehnung ungleichmäſsige Flächen mit leidlich scharfen Rändern, die sich aber in den wunderlichsten Arabesken gefallen. Sie ragen etwas über ihre Umgebung hervor, sind an den Stellen frischeren Datums lebhaft rot, sonst gelblich gefärbt und mit feinen, vom Kratzen herrührenden Schuppen bedeckt. Auſserdem sind die Hautfurchen daselbst etwas vergröſsert und bilden eine Art Maschenwerk, wodurch die Haut stellenweise leicht verdickt erscheint. An der Peripherie dieser Flächen besteht eine bräunliche Verfärbung der Haut. Die Hautfurchen sind daselbst ebenfalls verbreitert, und das Ganze hat, dank der Anwesenheit kleiner glänzender, den kleinen Papeln des Lichen planus ähnelnder Elemente in den Maschen des Netzwerks, ein pseudo-papulöses Aussehen.

Im Leistenbug ist der ganze Vorgang noch deutlicher ausgesprochen und die bräunliche Verfärbung der Haut ist daselbst gleichmäſsig.

Hier und da verstreut auf den Oberschenkeln finden sich kleine Formelemente, die wie kleinste, rote, exkoriierte Papeln aussehen. Ebensolche glänzende flache, den Knötchen des Lichen planus völlig gleichende Elemente finden sich auch regellos auf der Bauchhaut verstreut, eine groſse Anzahl davon exkoriiert. Die Querfalte über den Pubes ist in ihrer ganzen Ausdehnung von der rechten bis zur linken Spina iliaca lebhaft gerötet. Der infolge einer kleinen Hernia umbilicalis vergröſserte Nabel ist gleichfalls tief rot. Die nämlichen Veränderungen finden sich unter den Brüsten.

Am 24. Juni ist die Kranke nach Anwendung der heiſsen Douchen und einer einfachen Karbol-Zink-Salbe bereits gebessert. Am 27. Juni kommt eine 30%ige Kalomel-Salbe zur Anwendung, die jetzt bessere Dienste als die Karbolsalbe leistet.

Am 8. Juli ist der Ausschlag überall stark abgeblaſst und stellenweise ganz geschwunden.

B. Die Lichenifikation kommt auch rein und unverfälscht zum Ausdruck. Die Haut reagiert alsdann in hohem Grade auf den Kratzreiz. In diesen Fällen ist der Lichen fast immer chronisch und umschrieben, bald symmetrisch, bald nicht und verdient alsdann wirklich die Bezeichnung einer Neurodermitis chronica circumscripta, die JACQUET und ich ihm beigelegt haben. Er entspricht dem Lichen simplex der früheren Ärzte, dem Lichen simplex chronicus VIDALS.

Der Ausschlag ist in Frankreich sehr häufig und ich habe in meiner Abhandlung über diesen Gegenstand mehrere typische Beispiele davon angeführt. Da er aber in Deutschland noch weniger bekannt ist, so erscheint es nicht überflüssig, hier zwei weitere Fälle mitzuteilen, die diese eigenartige Dermatose von zwei etwas verschiedenen Gesichtspunkten aus beleuchten.

Beobachtung 6. — Neurodermitis circumscripta chronica. Lichenificatio primaria circumscripta. Lichen simplex chronicus, im Anfang pseudo-papulös aussehend.

Am 11. Mai 1892 kam die 49jährige Wäscherin R . . . im Hospice Larochefoucauld in meine Behandlung. Sie klagt seit drei Monaten über Jucken. Was zuerst da war, das Jucken oder der Ausschlag, läſst sich nicht mehr ermitteln. Auf jeden Fall hat der Ausschlag allmählich zugenommen und bildet jetzt zwei groſse, symmetrische, im ganzen eiförmige Plaques mit vertikalem Längsdurchmesser auf der oberen inneren Fläche der Oberschenkel.

Diese Plaques bestehen im wesentlichen aus einer Art papulösen Elementen, die stecknadelkopf- bis linsengroſs sind und ganz verschieden weit über die Hautfläche hervorragen. Sie sind rosenrot gefärbt, unregelmäſsig geformt, polygonal, mit wenig scharfen Umrissen und zum gröſsten Teil an ihrer Spitze exkoriiert, die alsdann bloſs liegt oder mit Krüstchen bedeckt ist. Andere, die nicht exkoriiert sind, sind entweder spitz oder flach, glänzend, wie die Elemente des Lichen planus. An der Peripherie der Plaques stehen die Knötchen ziemlich weit voneinander, während sie gegen die Mitte hin mehr ineinanderflieſsen, ohne jedoch irgendwo eine gleichmäſsige Infiltration zu bilden. Die Haut unter ihnen ist etwas verdickt, leicht bräunlich gefärbt und von derart sich schneidenden Falten durchzogen, daſs lauter Rhomben entstehen.

Temperatur- und Tastsinn scheinen unverändert zu sein.

Die Plaque rechterseits ist kleiner als die andere. Von letzterer gilt namentlich die eben gegebene Beschreibung. In der Mitte der rechten Plaque sind unregelmäſsige weiſse, wie entfärbt aussehende Streifen erkennbar. — Beide Plaques haben nie genäſst.

Behandlung: Waschungen mit ganz heifsem Wasser; Glycérolé tartrique, heifse Douchen.

Am 8. Juni sind die Plaques fast ganz verschwunden, nur von Zeit zu Zeit entsteht an ihrer Stelle, sei es infolge von Kratzen, sei es infolge von örtlichen Eingriffen, ein künstlicher Ausschlag.

Beobachtung 7. Neurodermitis circumscripta chronica. Lichenificatio primaria, circumscripta, chronica. Lichen simplex circumscriptus mit vielfachen Plaques bei einer nervösen Frau.

Am 8. Juni 1892 kam die 54 jährige Haushälterin W . . . im Hospice de Larochefoucauld in meine Behandlung und zwar wegen eines seit 5—6 Jahren bestehenden pruriginösen Leidens.

Patientin hatte vor 12 Jahren eine Brustfellentzündung durchgemacht, litt mit 14 Jahren, bevor sie ihre Regel bekam, an Nervenkrisen mit völlständiger Bewufstseinsstörung. Mit Eintreten der Menses zeigten sich die Anfälle nicht wieder, Patientin ist aber sehr reizbar geblieben, weint und lacht sehr leicht und kann um Kleinigkeiten in den heftigsten Zorn geraten.

Vor 5—6 Jahren begann das jetzige Leiden mit Jucken an der rechten Hand. Auch hier läfst es sich wieder nicht sicher feststellen, ob erst das Brennen oder erst die kleinen, roten, nässenden Knötchen da waren. Gewifs ist nur, dafs die Plaque am Oberschenkel nie genäfst hat.

Der Ausschlag hat allmählich an Ausdehnung zugenommen und findet sich jetzt an folgenden Stellen:

An der Vorderfläche des rechten Unterarms, etwas nach einwärts, in der Nähe des Handgelenks, sitzt eine unregelmäfsige eiförmige Plaque, deren vertikale Längsaxe etwa 7—8 cm und deren Querdurchmesser etwa 4—5 cm beträgt. Mit dieser Plaque hat die Krankheit vor 5 oder 6 Jahren begonnen. Ihre Ränder sind verwischt, obschon der Herd im ganzen scharf abgegrenzt zu sein scheint. Längs des äufseren Randes des Radius bilden sie eine ziemlich gleichmäfsig konvexe Linie; die untere Grenze der Plaque ist fast eine gerade Linie; nach oben und innen ist die Begrenzung unregelmäfsig, zackig, im ganzen konkav. In der Nähe besehen ist dieser Saum freilich, wie schon erwähnt, keineswegs scharf abgegrenzt. Er besteht aus pseudo-papulösen Elementen, die an der Spitze exkoriiert sind und sich teilweise in das gesunde Gewebe der Nachbarschaft, richtiger in die umgebende Pigmentzone, verirren; sie sind am inneren Rand besonders reichlich. Einwärts vom Saum fliefsen sie zusammen und bilden so die Plaque. Letztere gleicht einer roten Fläche, deren Rot auf Druck verschwindet, um einem Hellgelb Platz zu machen. Die Oberfläche ist von unregelmäfsigen Falten durchzogen, die aber doch aus zwei sich kreuzenden Reihen bestehen und eine Art Schraffierung

bewirken; und da die Falten in leidlich regelmäſsigen Abständen einander folgen, so bilden sie eine Art Rhomben von wechselnder Gröſse und Gestalt, die den einzelnen Pseudo-Papeln zu entsprechen scheinen. Hier und da trifft man auf Exkoriationen oder feine Bläschen, wiewohl sich durch Kratzen kein nässendes Ekzem hervorrufen läſst. Auſserdem erstreckt sich über die ganze Plaque eine wenig reichliche Abschuppung, deren einzelne Schuppen äuſserst fest sitzen und die durch das Kratzen noch vermehrt wird. Die Haut ist an diesem Herde stark verdickt, ihre Sensibilität scheint normal. Ringsherum um die Plaque ist die Haut hellbraun verfärbt und von zwei je parallelen Reihen dichtstehender Falten durchzogen, wie die Schraffierung bei Zeichnungen, die ein sehr feines Netzwerk bilden. Auch hier scheint die Haut, soweit die Verfärbung reicht, verdickt zu sein. Die Grenzen dieser Pigmentzone sind verwischt.

Auf der Innenfläche des rechten Vorderarmes, etwas über dem eben beschriebenen Herd, findet sich eine zweite, im ganzen ähnliche Plaque, die aber jüngeren Datums ist und mehr ekzematös aussieht, namentlich an ihrem unteren Teil, woselbst sie mit kleinsten Bläschen besetzt zu sein scheint; jedoch läſst sich durch Kratzen kein ekzematöses Nässen hervorbringen. Auch diese Plaque ist verhärtet, umschrieben, eiförmig, in kleinste Quadrate eingeteilt und von einem bräunlich gefärbten Hof umgeben.

Auf der Vorderfläche des rechten Oberschenkels, dicht über dem Knie, befindet sich seit Jahresfrist ein dritter länglicher Herd von 10—12 cm Länge und 2—5 cm Breite, der den eben beschriebenen fast in jedem Punkte gleicht. Die Pseudo-Papeln sind hier deutlicher, als auf dem Vorderarm. Auch scheinen sie dem flüchtigen Beobachter rings um die Haarfollikel zu sitzen, und thatsächlich führen auch einige von ihnen im Centrum ein Haar; jedoch ergiebt sich bei näherem Zusehen, daſs viele von ihnen zwischen den Follikeln stehen. Auſserdem gewahrt man auf der Oberfläche der Plaque zwischen den viereckigen Maschen kleinste runde Knötchen, die kleinen Vesikeln gleichen, ohne daſs sie indes trotz des unaufhörlichen Kratzens, das ihnen gilt, Flüssigkeit entleeren. Dieser Herd ist im ganzen viel weniger infiltriert als diejenigen des Arms, weil er erst jüngeren Datums und äuſseren Reizen weniger ausgesetzt ist.

Auf der Vorderfläche des rechten Unterschenkels, etwas unterhalb der Tuberositas anterior superior tibiae, sind in den letzten 6 Monaten kleinere unregelmäſsige Plaques entstanden, die auf den ersten Blick als ekzematöse Elemente, oder besser noch als kleine Papulo-Vesikeln erscheinen, die um die Haarfollikel oder zwischen dieselben gelagert sind. Wiewohl diese Elemente nun wirklich für Vesikel angesprochen werden könnten, so enthalten sie doch keinerlei Serum und sind an ihrer Spitze infolge des Kratzens nur exkoriiert. Sie stehen völlig getrennt voneinander

und sind nicht, wie am Arm oder am Oberschenkel, zu einem gleichmäfsigen Herd zusammengeschmolzen. Ihr Untergrund ist jedoch bereits stark infiltriert und stellenweise ist der Beginn von Schraffierung erkennbar. Behandlung: Heifse Douchen; Karbolsalbe.

Am 15. Juni, nach Gebrauch von vier Douchen, etwas Besserung. 22. Juni: Der Zustand bleibt unverändert.

Die längere Zeit fortgesetzten heifsen Douchen haben die Empfindlichkeit der Haut entschieden herabgesetzt. Auch der Juckreiz scheint etwas nachgelassen zu haben. Dabei ist die Kranke sehr niedergeschlagen; die Douchen werden daher ausgesetzt und eine Salbe angewandt, die aus Acidum salicylicum und Acidum tartaricum = 3,0, Acidum carbolicum 1,0 und Glycerin 54,0 besteht.

III. Zu einer dritten Gruppe, die aber schon viel verwickelter ist, gehören diejenigen Fälle, in denen die Haut mit „Eczématisation“ (E. Besnier) und Lichenifikation reagiert.

Bei diesen äufserst wichtigen Fällen, die wenigstens in Frankreich so häufig vorkommen, dafs ich es für überflüssig halte, Beispiele anzuführen, tritt die Ekzembildung zuerst auf; es folgt dann aber unter dem Einflufs von Hautreizen schnell eine Umformung, und man hat alsdann ein buntes, anscheinend unentwirrbares Durcheinander von Ekzematisation und Lichenifikation vor sich.

In selteneren Fällen gestaltet sich das Verhältnis auch umgekehrt, indem sich zu der ursprünglich vorhandenen Lichenifikation die Ekzematisation zu einer beliebigen Zeit hinzugesellt.

Diese äufserst verwickelte Gruppe mufs nun noch wieder in Unterabteilungen zerlegt werden. Ich kann hier aber einstweilen erst die Umrisse einer derartigen Einteilung skizzieren.

A. Es gehören hierher jene Ausschlagformen, die bislang einfach zu den Ekzemen gerechnet wurden, die bei veranlagten Personen, namentlich bei Arthritischen und Nervösen, nach heftigen Gemütserschütterungen, nach Kummer, Überanstrengung u. s. w. aufzutreten pflegen und die aus den gleichen Anlässen immer leicht wieder rückfällig werden. Für diese lichenifizierten Ekzeme eignet sich meiner Meinung nach die Bezeichnung Neurodermitis eccematosa lichenificata. Wie die oben beschriebenen Ausschlagsformen sind auch sie bald diffus, bald umschrieben; sie kommen an den verschiedensten Körpergegenden vor und sind fast immer symmetrisch.

B. Zwischen diesen Dermatosen und der Prurigo Hebra giebt es eine ganze Stufenleiter von Fällen, deren Unterbringung grofse Schwierigkeiten bereitet. E. Besnier hat ganz kürzlich (Mai 1892) unter dem Titel „Prurigos diathésiques“ eine Arbeit über diesen Gegenstand veröffentlicht. Er befafst sich darin zuerst, wie das ja selbstverständlich

ist, mit den einfachsten Formen, die dem Typus der „Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées successives mit vorherrschenden Lichen- und Ekzemformen" entsprechen. Er sagt darüber folgendes: „Ihr erstes und hervorragendstes Symptom ist der Pruritus, ein heftiger, anschwellender und nachlassender Pruritus, mit nächtlichen Verschlimmerungen und mit Schwankungen, die an die Jahreszeiten gebunden sind. Fast immer bildet sich der Pruritus schon in der ersten Kindheit oder in der Jugend heraus, entsteht aber auch in späteren Jahren, häufig schleichend und gewöhnlich versteckt. Sein Hauptmerkmal besteht darin, daſs der Ausschlag, der ihn begleitet, oder den er verursacht, niemals einen spezifischen Charakter trägt; im Kindesalter kann es eines der zahlreichen kindlichen Erytheme, eine Urticaria, ein Pseudo-Lichen, eine Form von Ekzematisation oder Lichenifikation der Haut sein, die der Laie Skropheln nennt. Auch später noch, wenn die Krankheit konstitutionell geworden ist, können einzelne dieser Formen auftreten, namentlich aber wird Lichenbildung in Form von Papeln, von Plaques oder groſsen Flächen, sowie während der einzelnen Anfälle die Ekzembildung als Eccema figuratum, diffusum, impetiginosum u. s. w. zur Beobachtung kommen . . . Es handelt sich hier um eine richtige pruriginöse Anlage, mit allen möglichen Ausschlagsformen, deren keine für sich allein der Krankheit ihr Gepräge verleiht, um eine Prurigo im wahren Sinnes des Wortes, eine Prurigo diathésique." (E. Besnier, *Annales de Derm.*, Mai 1892, S. 635.)

Auf diese Fälle paſst, von einigen unbedeutenden Kleinigkeiten abgesehen, vollkommen die Beschreibung, die Hebra von seiner Prurigo gegeben hat, und ich muſs offen gestehen, daſs ich sie vor der Besnierschen Veröffentlichung auch dahin bezogen habe.

C. Nun liegt aber zwischen den Gruppen A und B noch eine Reihe von anderen Fällen, die, wie wir gesehen haben, eine wahre Stufenleiter bilden und schwer unterzubringen sind — und gerade sie machen den Kernpunkt der ganzen Frage aus.

Sie unterscheiden sich auf die mannigfaltigste Weise von der Prurigo Hebra: bald durch ihre kurze Dauer; bald durch ihren Sitz auf der Beugeseite, oder im Gesicht, oder auf der behaarten Kopfhaut; bald durch ihr Umschriebensein; bald durch ihren Beginn in einem späten Lebensalter; bald durch das Fehlen des urticaria-artigen Zustandes der Haut sowie der Papeln im Beginne; bald durch einen so geringen Grad der Erkrankung, daſs man nur mit Mühe die Natur des Leidens erkennt. Aber trotz alledem gehören auch diese Fälle wie die früher besprochenen zu den Formen der Neurodermitis eccematosa lichenificata.

IV. Diese Fälle führen uns ganz naturgemäſs dazu, die

eigentlichen Fälle der Prurigo HEBRA in einer vierten Gruppe unterzubringen.

In diesen Fällen nämlich reagiert die Haut, wenn anders die neuesten Untersuchungen zuverlässig sind, mit einem besonderen, spezifischen Element, der Prurigo-Papel; die Haut befindet sich aufserdem im Zustand der Urticaria. Mit fortschreitender Krankheit kann es dann auch zur Lichen- und Ekzembildung kommen. Diese Polymorphie, im Verein mit der ganz bestimmten Lokalisation, der langen Dauer, dem Verlauf in fortschreitender Entwickelung, den Drüsenschwellungen u. s. w., verleiht in der That dieser Krankheit ein ganz besonderes Gepräge. Sie bildet eine besondere Form der Neurodermitis chronica polymorpha, die in Frankreich den Namen Prurigo de HEBRA führt.

Nun giebt es aber neben dieser Gruppe noch eine andere, auf die ich, dem Beispiel VIDALS folgend, in meinen Arbeiten schon mehrfach hingewiesen habe. Hier reagiert die Haut nur mit einfachen Papeln oder Papulo-Vesikeln oder auch mit riesigen Prurigo-Papulo-Pusteln, ohne dafs es zu sekundärer Lichen- oder Ekzembildung käme. Diese Dermatose, die sich gegen jede Behandlung äufserst hartnäckig erweist, gedeiht auf dem Boden eines hochgradigen Nervosismus und wird recht häufig auch durch Uteruskrankheiten bedingt. Ihr gebührt die Bezeichnung: Neurodermitis chronica nach dem reinen Prurigo-Typus.

V. In eine fünfte Gruppe verweise ich alle diejenigen Fälle, die bei einem akuten Verlauf häufigen Rückfällen unterworfen sind und mit der Urticaria schon viele Ähnlichkeit aufweisen. Ihr Ausschlag besteht aus kleinen blafsroten, papulösen oder papulo-vesikulösen Elementen, die sich auf die Extremitäten und den Rumpf verteilen. Von diesen Fällen war bereits im ersten Teil dieser Abhandlung die Rede. VIDAL hat sie als Lichen simplex acutus bezeichnet. Auch hier handelt es sich wieder um echte urticaria-artige Haut-Neurosen, Typus: Lichen simplex acutus nach E. VIDAL.

VI. Von ihnen ist der Übergang zu meiner sechsten Gruppe gegeben. Bei diesen reagiert die Haut nur mit trockenen oder bullösen Elementen der reinen Urticaria. Diese reinen Urticaria-Haut-Neurosen sind zwar häufig, noch häufiger kommen sie aber vielleicht zusammen mit den beiden eben aufgeführten und den Fällen der folgenden Gruppen vor:

VII. Diese siebente Gruppe umfafst die verwickelten Fälle der Dermatitis herpetiformis DUHRING. Die Haut reagiert hier in der vielseitigsten Weise mit Urticaria, Erythema figuratum et non figuratum, mit Vesikeln, Blasen, Pusteln u. s. w., woher die verschiedenen Varietäten nach der Form des Ausschlags. Der Verlauf gestaltet sich hier schub-

weise, indem entweder bei noch bestehendem älteren Exanthem bereits ein neuer Ausbruch statthat, oder einer dem andern schnell folgt, oder die einzelnen Schübe durch bald regelmäſsige, bald unregelmäſsige Ruhepausen voneinander getrennt sind; auch treten sie gern im Gefolge der Schwangerschaft auf u. s. w. Es sind dies die Fälle meiner Dermatitis polymorpha dolorosa, die ich in der vorliegenden Nomenklatur als Haut-Neurose, Typus: Dermatitis herpetiformis, benennen könnte.

VIII. Den Schluſs endlich dieser langen Reihe bildet der Lichen ruber mit seinen verschiedenen Varietäten. Bei ihm reagiert die Haut mit einem eigenartigen Ausschlag, über dessen Natur gar kein Zweifel obwalten kann — mit der typischen Papel des Lichen planus von E. Wilson. Dieses Formelement kann ganz von selber, unabhängig von jedem äuſsern Reiz erscheinen (wie das übrigens auch wahrscheinlich mit verschiedenen Ausschlägen bei Dermatitis herpetiformis der Fall ist). Meistens freilich vermehrt und verändert es sich infolge von Kratzen, wie es denn auch zuweilen erst unter dessen Einwirkung auftritt. Auch zu diesem typischen Ausschlag kann Lichenifikation hinzukommen, wodurch dann die ursprünglichen Gebilde verdeckt werden.

Entsprechend den hier niedergelegten Anschauungen lassen sich nun die pruriginösen, neurotischen Hautkrankheiten wie folgt einteilen:

I. Neurodermien (Pruritus sine Prurigo).
- A. Neurodermia universalis:
  - a. Continua, Senilis (Pruritus senilis), Non senilis;
  - b. Intermittens.
- B. Neurodermia circumscripta:
  - a. Continua,
  - b. Intermittens.

II. Neurodermitis pura. — Lichenificatio primaria.
- A. Neurodermitis diffusa. Lichenificatio abortiva diffusa primaria.
- B. Neurodermitis circumscripta chronica. — Lichenificatio primaria pura circumscripta chronica. Lichen simplex chronicus E. Vidal.

III. Neurodermitis eccematosa lichenificata.
- A. Neurodermitis eccematosa lichenificata vulgaris,
- B. „ „ „ Typus Prurigo Hebra,
- C. „ „ „, die in der Mitte steht zwischen den beiden Formen A und B.

IV. Neurodermitis chronica polymorpha, Typus Prurigo HEBRA.

V. Neurosis cutanea urticaria, Typus Lichen simplex acutus E. VIDAL.

VI. Neurosis cutanea urticaria pura.

VII. Neurosis cutanea, Typus Dermatitis herpetiformis.

VII. Lichen ruber.

Dieses ist meine Auffassung der nervösen pruriginösen Hautkrankheiten. Wohl sehe ich ihre grofsen Mängel ein, denn die Einteilung in die vorgeschlagenen Gruppen berücksichtigt ja fast ausschliefslich die verschiedenen Reaktionsweisen der Haut. Indessen trägt diese Einteilung trotz aller ihrer Fehler vielleicht doch dazu bei, weitere Untersuchungen zu erleichtern — und dann hätte diese Arbeit ihren Zweck erfüllt.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Anmerkung der Redaktion.

Einer der gehaltvollsten, wenn nicht der gehaltvollste Vortrag auf dem Internationalen Kongresse zu Wien war der von BROCQ. Das Thema der pruriginösen Dermatosen und der alten Lichenformen vor das Forum der internationalen Ärzteschaft zu bringen, war eine sehr zeitgemäfse That und man hätte eigentlich eine sehr lebhafte Diskussion über dieses Thema erwarten sollen. Dem war jedoch nicht so. — Aber ein Forscher wie BROCQ bedarf nicht des Resonanzbodens eines internationalen Kongresses, um seinen Worten Gehör zu verschaffen; sie finden auch ohnedies aufmerksame Zuhörer. Die von ihm aufgeworfenen Fragen sind aktueller als vielleicht mancher Leser glauben mag; handelt es sich doch im Grunde um die Umgestaltung einer ganzen Reihe dermatologischer Fundamentalbegriffe: des Ekzems, der sich an andere juckende Hautkrankheiten anschliefsenden Ekzeme, der Lichenarten, der Prurigo, von Hautkrankheiten, deren Neubearbeitung im Auslande die besten Kräfte in Anspruch nimmt und die in Deutschland trotz UNNAS Veröffentlichungen über diesen Gegenstand noch immer abseits vom Arbeitsfelde liegen. Unsere Leser sind aufser durch die Originalarbeiten UNNAS durch ausführliche Referate ausländischer diesbezüglicher Arbeiten auf dem Laufenden gehalten worden und können daher leicht den weiteren Forschungen folgen. — Augenblicklich lassen sich zwei verschiedene Forschungswege auf diesem Gebiete unterscheiden: UNNA hat auf Grund seiner Auffassung von der parasitären Natur des Ekzems das Krankheitsbild seines Eccema seborrhoicum concipiert und bearbeitet von diesem Standpunkte aus deduktiv die dem Ekzem klinisch nahestehenden Erkrankungen (so hat er neuerdings die Impetigo als Krankheit wieder aufstellen können) — im Gegensatz dazu verfahren die Franzosen (insbesondere BESNIER, BROCQ, VIDAL, JACQUET u. a. m.) induktiv, indem sie die bei den juckenden Dermatosen auftretenden Krankheitsbilder auf ihre einzelnen Symptome hin prüfen und deren Dignität für das Krankheitswesen abschätzen. Die Untersuchungen sind bereits so weit gediehen, dafs eine ganze Reihe von Efflorescenzenformen, welche bis dahin als zum Wesen bestimmter Krankheiten gehörig betrachtet worden, nunmehr als sekundäre Symptome, nämlich als von dem durch den Juckreiz verursachten Kratzen abhängig, erkannt sind. Bei juckenden Dermatosen sind zahlreiche Läsionen, wie Knötchen, Papeln, Quaddeln, Nässen, stärkere Ausprägung der Oberhautfelderung, Hautverdickung, bestimmte Arten der Abschuppung,

nachweislich nicht als primäre Äufserung der betreffenden Krankheit, sondern vielmehr als Folgezustand des primären Juckreizes aufzufassen. Was aber bisher nur für einige Krankheiten Geltung gehabt hat, ist nunmehr für die ganze Gruppe der pruriginösen Dermatosen bewiesen. Während früher beispielsweise aus dem klinischen Bilde der Papelbildung, des Nässens, der Rötung und Schuppung allein schon, ohne Rücksicht auf den Verlauf der Krankheit, auf das Bestehen von Ekzem geschlossen werden durfte, ist man jetzt nicht mehr dazu berechtigt. Das sogenannte Ekzem bei artificiellen Dermatitiden, bei Psoriasis, Lichen planus, Prurigo, Ichthyosis, Mycosis fungoides und bei zahlreichen anderen juckenden Dermatosen ist kein Ekzem, selbst nicht in dem Sinne der Wiener Schule, denn die dieses Krankheitsbild vortäuschenden objektiven Symptome sind nur Folgezustände des Juckens, mit dem primären Juckreiz entstehende und vergehende. Nach Beseitigung des primären Reizes verschwinden auch die sekundären Veränderungen. Allerdings kommt hier noch der Zustand der Haut, auf welchen das durch das Jucken bedingte Kratzen wirkt, in Betracht: ob er ein normaler ist oder bereits pathologisch verändert und ferner die eigentümliche Disposition bestimmter Häute auf äufsere Einflüsse in der angeführten Weise zu reagieren. Aber allgemein ausgedrückt besteht die Lehre von Besnier und Brocq zu Recht, dafs sich infolge des durch Juckreiz veranlafsten Kratzens Krankheitsbilder entwickeln können, welche ihrer Efflorescenzenformen wegen für selbständige Krankheiten, für Ekzem, Lichen, Prurigo etc. gehalten worden sind. In solchen Fällen ist als eigentliche Krankheit das primäre Jucken aufzufassen und die objektiven Symptome stellen nur eigentümliche Reaktionsweisen bestimmter Häute auf den Reiz des Kratzens dar. „Ekzematisation und Lichenisation“ (Lichenification Brocq) sind nach Besnier Zustände der Haut, welche sich infolge von Kratzen ausbilden. Welche einschneidende Bedeutung diese Lehre für die Diagnostik und die Therapie hat, ist leicht einzusehen

L. Philippson.

Zur Prostitutionsfrage.

Von

S. Jessner,
in Königsberg i. Pr.

Die Prostitution ist ein Übel, ein grofses Übel, aber bei den heutigen gesellschaftlichen Zuständen leider ein notwendiges Übel. So lange noch die Predigten eines Tolstoi in seiner von fanatischem Hafs gegen die Ärzte erfüllten Kreutzersonate mehr als pikante Lektüre gelesen, als gut geheifsen werden, — so lange die libido coeundi — meistens sogar durchaus nicht verbunden mit der libido generandi — dank den sozialen Verhältnissen erst in einem Alter in der Ehe Befriedigung finden kann, in dem unsere Vorfahren schon auf die Grofsvaterschaft lossteuerten, — so lange wird die Prostitution auch ein Übel sein, das man nicht mit Moralpredigten und Gesetzesparagraphen aus der Welt schaffen kann, ebensowenig wie man die libido sexualis einfach durch Reskript aufheben kann.

Naturam furca expellas, tamen usque recurret! — Man mag die Gelegenheit zu sinnlichen Genüssen noch so sehr zu beschränken bemüht sein, eine gewisse Grenze darf man dabei nicht überschreiten; man treibt sonst das Übel von der Oberfläche in die Tiefe und entzieht es ganz der Kontrolle. Übrigens sind die Klagen über die geschlechtlichen Ausschweifungen speziell in Deutschland gar nicht so berechtigt. Möge man doch zurückdenken an die Orgien der alten Römer, möge man sich erinnern, dafs die tapfern Ritter des Mittelalters ihr ganzes Thun und Treiben, ihr ganzes Sinnen und Trachten in den Dienst der Minne stellten und dabei wohl auch nicht rein platonisch geschwärmt haben werden, dann wird man auch weniger über die Verderbtheit der Neuzeit klagen. — Stellt man sich nun auf den Standpunkt, dafs die Prostitution ein notwendiges Übel ist, dann ist es Aufgabe der Hygiene, die schädlichen Folgen für das physische Befinden der Beteiligten soviel wie möglich zu mildern; wenn möglich unter gleichzeitiger Rücksichtnahme auf die private und öffentliche Moral. In letzterer Beziehung darf man aber nicht zu weit gehen; jedenfalls darf die öffentliche Moral nicht auf Kosten der Gesundheit zu ängstlich behütet werden. Wenn die Menschen krank werden, nützt ihnen die ganze Moral nichts. — Das illustriert so recht der in jüngster Zeit verhandelte Prozess Heinze in Berlin, in dem das Zuhälterunwesen einmal ordentlich vor der Öffentlichkeit aufgedeckt wurde. Es ist nicht anzunehmen, dafs den Augen des Gesetzes, der Polizeibehörde, die schrecklichen Zustände unbekannt geblieben waren; aber aus Scheu vor Verletzung der öffentlichen Moral wurde daran nicht gerührt; man fürchtete augenscheinlich gegen letztere zu sündigen, wenn man den Schmutz aufdeckte. Erst nachdem man in einer Verhandlung in denkbar gröfster Öffentlichkeit die häfslichsten Dinge erörtert, nachdem die Zeitungen zum Schrecken der moralischen Angstpeter das Thema nach allen Richtungen durchgehechelt, regten sich die Hände und die Geister, um Abhülfe zu schaffen, den Augiasstall auszuräumen. So kommt diese Verletzung der öffentlichen Moral dieser selbst schliefslich am meisten zu gute. — Eine Frucht dieses Prozesses ist auch die rege Beschäftigung medizinischer Kreise mit dem Prostitutions-Thema, so dafs mir als Referenten dieser Zeitschrift in letzter Zeit eine Reihe von Broschüren und Separatabdrücken darüber durch die Hände gelaufen sind, die die Basis zu folgender kritischen Besprechung geben. An der Hand bestimmter Fragen, die mir im Vordergrunde zu stehen scheinen, will ich die Sache erörtern.

Die erste Frage lautet:

Soll die Prostitution kaserniert werden?

Bei der Beantwortung dieser Frage, der „Bordellfrage", herrschte früher eine gewisse Einmütigkeit unter den Ärzten im Gegensatze zu den

Moralisten; die meisten Ärzte hielten die Bordelle für eine geeignete Einrichtung, die leichte Kontrolle ermöglicht und daher die Schäden der Prostitution eindämmt. Aber tempora mutantur et nos mutamur in illis; die Ansichten scheinen sich geändert zu haben, und Blaschko, der eifrigste und geistvolle Gegner des Bordellwesens, hat ganz recht, wenn er in seinem Schlufswort nach der durch ihn angeregten grofsen Diskussion in der Berliner medizinischen Gesellschaft stolz betont, dafs er in Bezug auf das Bordellwesen auf der ganzen Linie einen mühelosen Sieg errungen. Die enthusiastischen Lobredner der Bordelle waren so gut wie verstummt. Nun, wir sind nicht so bescheiden, zu glauben, dafs mit einer Diskussion in der Berliner medizinischen Gesellschaft die Akten geschlossen sind, so grofs auch die Erfahrungen der Mitglieder dieses hochansehnlichen ärztlichen Vereins sind, und wollen noch einmal auf die Bordellfrage eingehen. Was Blaschko mit Erfolg gegen die Bordelle zu Felde führt, ist die Statistik, die ich nach seinen Angaben im folgenden tabellarisch wiedergebe:

	Bordelldirnen		Isolierte Dirnen	
	Venerische	Syphilitische	Venerische	Syphilitische
Paris 1878—1887	25,57 %	12 %	15,31 %	7 %
Lyon	85 %		40 %	
Antwerpen 1882—1884		51,3 %		7,7 %
Brüssel 1881—1889	50 %	25 %	33 %	9 %
Rotterdam	35,5 %		10,1 %	

Ein Blick auf diese Tabelle lehrt, dafs die Bordelldirnen viel häufiger krank befunden wurden und daher eine viel gröfsere Gefahr bilden. Aber man mufs sich durch die Statistik nicht zu sehr imponieren lassen, es giebt gar keine Statistik, die so sicher in sich abgeschlossen wäre, dafs sie nicht ein oder mehrere Hinterpförtchen offen liefse. Für den Zweifler bleibt immer noch Raum, so auch bei dieser Statistik. Da könnte man zu erwägen geben, dafs die Bordelldirnen der Kontrolle sich nicht entziehen können, diese also bei ihnen eine regelmäfsigere und häufigere ist, während von den freien Dirnen ein Teil — und, wie Lassar gezeigt hat, ist es beispielsweise in Paris die Majorität — sich vor der Untersuchung zu drücken versteht; es liegt nahe, anzunehmen, dafs

es nicht die Gesunden sind, die das Licht der Untersuchung scheuen, sondern die Infizierten. Aber gesetzt, die Zahlen wären vollwertig, dann würde noch immer, meiner Ansicht nach, ein Faktor bei der Schlufsziehung aus der Statistik nicht berücksichtigt sein, da er sich auch kaum zahlenmäfsig feststellen läfst. Wenn man von den Gefahren einer Maschine spricht, so mufs man doch, um ihre Höhe zu beurteilen, auch die Arbeitsleistung der Maschine mit in Rechnung bringen; erst aus den relativen Verhältnissen zwischen Arbeitsleistung und Gefahr, d. h. zwischen Gewinn und drohendem Verlust, kann man doch den Grad der Gefahr ermessen. Wenn man von der Zahl der Erkrankungen der verschiedenen Prostituierten spricht und daraus Schlüsse zieht, dann mufs man doch auch berücksichtigen, was die verschiedenen Prostituierten leisten, dafs die Bordelldirnen, wenn sie doppelt so oft erkranken sollten, dafür 4—10 mal soviel leisten, 4—10 mal soviel Männer befriedigen, im Verhältnis zur Zahl der ausgeübten Coitus also sogar vielleicht viel seltener erkranken. Der Grad der Inanspruchnahme der Dirnen mufs berücksichtigt werden, wenn man eine vollgültige Statistik aufbauen will. — Ich will hierdurch nur zeigen, wie man mit nicht zu gesuchten Spitzfindigkeiten auch an dieser Statistik mäkeln, die aus derselben gezogenen Schlüsse vielleicht ins Wanken bringen kann. Ich steife mich aber gar nicht auf diesen Einwand, ich will zugeben, dafs die Statistik unanfechtbar ist, was folgt daraus? Durchaus nicht ein Grund gegen die Bordelle, sondern ein Mifstrauensvotum für die übliche Kontrolle. Es zeigt einfach, dafs die ausgeführten Untersuchungen mangelhaft waren. Mag die Statistik sagen, was sie will, der gesunde Menschenverstand sagt jedem, dafs Personen, die kaserniert sind, jeden Moment der Inspektion zugänglich sind, leichter zu kontrollieren sein müssen, als frei herumvagabondierende. Eine geeignete Kontrolle der Bordelle, auf die wir noch zu sprechen kommen, mufs für die Gesundheit und deren Vorbedingung, die Sauberkeit, die gröfstmöglichste Garantie geben. Übrigens glaube ich, dafs die Behauptung, die Bordelldirnen hielten sich unsauber, nicht ganz richtig ist; wenn ein Kollege einmal den Ausspruch that, dafs die Bordelldirnen die einzigen Weiber seien, die ihre Genitalien sauber hielten, so ist das etwas drastisch, enthält aber eine ganze Portion Wahrheit. — In der Ansicht von dem Nutzen der Bordelle werde ich auch durch den zweiten, mit grofsem Fleifs erbrachten statistischen Beweis Blaschkos nicht wankend, durch den er klarlegt, dafs die venerischen Erkrankungen in Berlin seit der Aufhebung der Bordelle im Jahre 1856 stetig abgenommen haben. Der Schlufs post hoc, ergo propter hoc ist doch immer ein ganz unsicherer, es können da mancherlei andere Momente mitspielen. Die Thatsache selbst will ich nicht in Frage stellen, trotzdem nicht alle zum Beweis herangezogenen Momente stichhaltig sind; so ist es z. B. wohl nicht ge-

stattet, aus dem Rückgang der Zahl der Totgeborenen auf eine Verminderung der Syphilis zu schliefsen. Da können ganz andere Faktoren mitspielen. Hat nicht die Geburtshülfe in den letzten Jahrzehnten tüchtige Fortschritte gemacht, so dafs manches früher verloren gewesene Kind jetzt lebend das Licht der Welt erblickt? Ist nicht die Geneigtheit, ärztliche Hülfe bei Geburten zu requirieren, eine unendlich viel gröfsere geworden? Haben die Frauen nicht viel von ihrer Prüderie abgelegt? Hat nicht die Gelegenheit ärztlichen Beistands schnell und billig durch die übergrofse Ärztezahl, durch die Polikliniken, zumal in Berlin, erheblich zugenommen? Sind nicht die Hebammen, die früher die Herbeirufung der Ärzte perhorrescierten, jetzt dazu leicht zu bewegen, zumal wenn ihnen der klingende Lohn der Poliklinik winkt? Und sollten diese Momente nicht die Zahl der Totgeborenen erheblich herabgesetzt haben? — Wenn ich für die Bordelle ein Wort eingelegt habe und die Meinung vertrete, dafs dieselben bei geeigneter Kontrolle nützlich sind, so will ich aber durchaus nicht etwa für Zwangsbordelle sprechen, eine Kasernierung der gesamten Prostitution verlangen. Das ist eine Unmöglichkeit, an die gar nicht zu denken ist. Durch Zwangsbordelle würde man unzählige, jetzt kontrollierte Dirnen zu geheimen Prostituierten machen, die ganze Prostitution in die verstecktesten Winkel treiben, denn nur sehr wenige Prostituierte sind geneigt, sich in Bordellen einsperren zu lassen, ebenso wie heutzutage wenig Männer sehr geneigt sind, Bordelle aufzusuchen, denn dieselben sind nicht modern. Suam cuique ist heute die Losung, bei dem Verkehr mit einer freien Prostituierten kann der Liebesbedürftige sich eher der Illusion hingeben, dieser Losung gemäfs zu leben. Übrigens wechselt vielleicht auch hier einmal die Mode und kehrt zur alten Zeit zurück; wenn das Publikum darüber aufgeklärt wird, dafs es in Bordellen sicherer ist vor Infektion, liefse sich die alte Mode vielleicht wieder neu beleben. Das Gegenteil würde man allerdings erreichen, wenn man den Vorschlag, den Lassar und auch v. Bergmann-Riga macht, annehmen und auch die die Bordelle besuchenden Männer vorher beim Eintritt einer sanitären Untersuchung durch Heildiener oder geschulte alte Frauen unterwerfen würde. Der Kern der Sache ist ja nicht unwichtig, in dieser Weise dürfte sie aber nicht durchzuführen sein. Vielleicht dürfte es genügen, wenn man die Prostituierten selbst über die Anomalien der männlichen Genitalien aufklärt und sie dazu instruiert, jeden von sich fern zu halten, der Geschwüre, Wucherungen, Ausflufs an den Genitalien hat. Wenn man ihnen vor Augen führt, wie sie sich dadurch allein nur vor der Infektion zu schützen vermögen, würden sie die Instruktion schon befolgen und in nicht auffälliger Weise zur Information Gelegenheit finden, ohne dafs das Ganze das Gehässige einer offiziellen Untersuchung hat. — Bleiben wir im Anschlufs hieran bei den Mafsnahmen zur Aufrecht-

erhaltung eines guten Gesundheitszustandes in den Bordellen, so sind hierzu noch kurz zu rechnen: tägliche Untersuchung, über deren Handhabung noch später zu sprechen sein wird, Auslegen eines Buches mit den ärztlichen Gesundheitsbescheinigungen, häufige unerwartete Inspektionen und endlich Anbringen von deutlich sichtbaren Plakaten in jedem Zimmer, auf welchen die notwendigsten hygienischen Hinweise betreffs der Reinlichkeit etc. angegeben sind. Auf den letzteren müſste erwähnt sein, daſs jeder Ausschlag, jedes Geschwür, jeder Ausfluſs den Coitus verbietet, daſs nach dem Coitus eine sorgfältige Waschung mit einer vorrätig zu haltenden antiseptischen Flüssigkeit, sowie eine Urinentleerung vorzunehmen ist etc. — Sind alle diese Maſsnahmen getroffen, dann, das ist das Facit der Besprechung, sind fakultative Bordelle zu gestatten, ja sogar zu begünstigen.

Wir kommen zur zweiten Frage:

Wie hat man sich der freien Prostitution gegenüber zu verhalten?

Man hat in einzelnen Städten die freien d. h. nicht in bestimmten Häusern kasernierten Prostituierten doch insofern von der Welt abgesperrt, als man sie in bestimmten Stadtteilen isoliert hat. Ob das praktisch ist, läſst sich nicht so im allgemeinen beantworten, örtliche Verhältnisse sprechen da sehr mit. Im ganzen will mir der Gedanke nicht recht zusagen: Weshalb soll man eine Stadtgegend zur Prostitutionsstätte machen und so in Verruf bringen? In solchen Gegenden findet dann leicht überhaupt eine Anhäufung schmutziger Elemente statt; dieselben werden unsicher, erregen in jeder Beziehung Anstoſs, ohne daſs man groſse Vorteile davon hätte. Eine Zerstreuung der Dirnen macht ihr Treiben weniger auffällig, ohne ihre Kontrolle zu erschweren, sofern man nur dieselbe dezentralisiert. Was aber nach Möglichkeit einzuschränken wäre, ist das Herumtreiben der Prostituierten auf der Straſse, und was mit aller Strenge auszurotten wäre, ist das Zuhältertum, welches sich aus durchseuchten, körperlich und moralisch degradierten Individuen rekrutiert, die zu allen Schandthaten fähig sind. Ob das im Rahmen der bestehenden Gesetze durchzuführen ist, oder ob neue Gesetzesparagraphen geschaffen werden müssen, um die Zuhälter, diesen Ausschuſs der menschlichen Gesellschaft, zu beseitigen, das vermag ich nicht zu entscheiden, jedenfalls ist das ein Punkt, der nicht länger unbeachtet bleiben darf; ein Modus procedendi muſs gefunden werden. —

Ebenso beachtenswert wie die kontrollierte Prostitution ist die

Geheime Prostitution.

Wenn Blaschko beweisen will, daſs dieselbe für die Verbreitung venerischer Krankheiten weniger gefährlich ist, als man annimmt, so ist

es wohl fraglich, ob sich überhaupt da etwas beweisen läfst. Alle dazu von beiden Seiten herangebrachten Zahlen stehen auf ganz unsicherer Basis. Wir gehen vom hygienischen Standpunkte richtiger, wenn wir die Frage, ob die geheime Prostitution gefährlicher ist als die kontrollierte oder umgekehrt, ganz aus dem Spiele lassen und einfach uns damit begnügen, dafs sie überhaupt zur Verbreitung der Infektion einen erheblichen Teil beiträgt, was wohl niemand bezweifeln dürfte, und deshalb überwacht werden mufs. Aber, wie Blaschko richtig sagt: „die Nürnberger hängen keinen, sie hätten ihn zuvor." Das einzige Mittel, um die geheime Prostitution zur Kontrolle heranzuziehen, ist, wenn man alle Hebel dazu ansetzt, ihr den Charakter des Geheimen zu nehmen und sie in eine freie Prostitution zu verwandeln, sie aus dem Dunkeln ans Licht zu ziehen.

Durch diskrete Beobachtung einmal aufgegriffener Personen, die im Wiederholungsfalle stets unter Kontrolle zu stellen sind, mufs man das zu erreichen suchen; noch mehr aber durch Mitwirkung des Publikums und der Ärzte. Jeder Ansteckungsfall müfste durch den Infizierten oder den behandelnden Arzt unter Angabe der Adresse der betreffenden Person zur Anzeige gebracht werden; natürlich müfste der Anzeigende dadurch in keiner Weise behelligt, das Ganze mit viel gröfserer Diskretion geführt werden, als es die Polizei jetzt gewohnt ist. Wenn der Infizierte sicher ist, dafs ihm keinerlei Scherereien daraus erwachsen, wird er gerne die Infektionsquelle angeben. — Ein sorgfältiges Augenmerk wäre auch auf die Kellnerinnen zu richten, die fast ausnahmslos unter Kontrolle gestellt zu werden verdienten. Vielleicht liefse sich da auf Umwegen etwas erreichen, wenn man von jeder Kellnerin und auch von jedem Kellner in nicht zu grofsen Zwischenräumen eine ärztliche Bescheinigung über ihr körperliches Befinden verlangte, die eventuell ihnen von angestellten Ärzten unentgeltlich auszustellen wären. So sehr ich polizeiliche Beschränkung perhorresciere, würde ich es doch nicht für ungerecht halten, wenn man von Personen, die in öffentlichen Lokalen Dienste thun, einen Ausweis über ihre Gesundheit verlangte und von diesem die Erlaubnis zur Ausübung des Gewerbes abhängig machen würde. Für undurchführbar halte ich das nicht. —

Nach diesen Auseinandersetzungen allgemeiner Natur sind noch mehrere spezielle Fragen von Wichtigkeit zu erledigen. Zunächst:

Wie ist die Untersuchung zu handhaben?

Da ist vor allem hervorzuheben, was Lassar, Blaschko und andere als sehr wichtig betonten, dafs die Untersuchung so viel wie möglich ihres sittenpolizeilichen Charakters entkleidet werden, lediglich als sanitätspolizeiliche Mafsnahme sich darstellen mufs. Die Untersuchung mufs nicht wie eine Polizeistrafe erscheinen, sondern als eine Wohlthat, die man nicht nur den Kunden der Prostituierten, sondern diesen selbst

erweist. Dann werden sie dieselbe nicht fürchten und sie aufsuchen, statt sich vor ihr zu drücken. Nicht polizeiliche Chikanen, sondern hygienische Fürsorge mufs da walten; Ernst und Strenge müssen da statthaben, aber stets gemildert durch Humanität und Mitgefühl für die doch oft bedauernswerten Individuen. Dieses Prinzip mufs schon Ausdruck finden in dem

Ort der Untersuchung. Die Polizei ist kein Platz dafür, in Krankenanstalten, Polikliniken, ärztliche Sprechzimmer gehören dieselben, wie es ja auch BLASCHKO als These fordert. Dabei ist die jetzt übliche Zentralisierung durchaus nicht angebracht. Massenuntersuchungen sind kaum jemals so gründlich, wie sie sein sollten. Warum müssen denn diese Untersuchungen in so wenigen Händen konzentriert werden? Kann man nicht in jedem Stadtteil geeignete Polikliniken dazu einrichten, oder vorhandene damit beauftragen, die dann gleichzeitig auch die etwa nötige ambulatorische Behandlung zu leiten hätten? Hat die Zentralisierung nicht auch das Unangenehme, dafs das Ganze zu auffallend wird? Kann man bei gröfserer Zerstreuung des Materials die Sache nicht diskreter machen? — Ja, ich gehe sogar noch weiter, ich sage, dafs es den Prostituierten auch frei zu stellen wäre, sich von jedem Arzt untersuchen zu lassen, wenn sie nicht die Kosten scheuen. (Ich fasse den Begriff „Arzt“ hier natürlich in dem Sinne „approbierter praktischer Arzt“ auf, und nicht, wie es unsinnigerweise in der Krankenkassengesetzgebung ausgelegt ist, in dem Sinne, dafs jede kurierende Person darunter verstanden werden kann.) Ich weifs nicht, weshalb nicht jeder Arzt das Vertrauen geniefsen soll, eine Prostituierte auf ihren Gesundheitszustand untersuchen zu dürfen; wird doch bei Versicherungen, Anstellungen jeder Arzt als sachverständig angesehen. Ist die allgemeine ärztliche Vorbildung speziell für die Beurteilung von venerischen Erkrankungen nicht genügend, nun, dann bessere man sie, dann führe man die Prüfung in Dermatologie und Syphilis, die sicher so wichtig ist wie die Prüfung in Psychiatrie, obligatorisch ein und behandle diese wichtigen Fächer nicht so stiefmütterlich. Oder zweifelt jemand an der Wichtigkeit dieser Fächer? Ist jemandem der schwere soziale Schaden, den die Syphilis bringt, unbekannt? Wer darüber nicht instruiert ist, der lese die Erfahrungen von FOURNIER in seinem Werke über die Vererbung der Syphilis, und ihm werden die Augen darüber aufgehen, welche schreckliche Folgen die Syphilis nicht nur für den Infizierten, sondern vor allem auch für seine Nachkommenschaft hat. Der lese auch die zahlreichen neuen Arbeiten über die Gonorrhoe, an deren absolute Unheilbarkeit ich allerdings nicht glaube; er wird sehen, welche Quelle jahrelangen Leidens und Siechtums dieselbe für zahlreiche Frauen ist, eine Quelle, aus der die Gynäkologen einen grofsen Teil ihrer Beschäftigung schöpfen. — Also man bilde den

Arzt in dieser Richtung besser vor, vertraue ihm dann aber auch die Untersuchung der Prostituierten an, wie jedem Polizeiarzte. Allerdings würde ich es für nötig halten, um einer maſsgebenden Untersuchung vorzuarbeiten, analog den Attesten im Versicherungswesen bestimmte Schemata aufzustellen, die den Prostituierten resp. den sie untersuchenden Ärzten unentgeltlich zuzustellen und in allen Rubriken sorgfältig auszufüllen wären. — Damit wären wir gleich zu der Frage gekommen:

Wie sind die Prostituierten zu untersuchen? Natürlich muſs das gründlich geschehen, und dazu bedarf es für jede sicher der von Blaschko geforderten drei Minuten, oft werden diese auch nicht ausreichen. Es ist ja meist nicht schwer, zu entscheiden, ob jemand krank ist, aber es ist nicht leicht zu sagen, die und die ist gesund. Abgesehen von der Reserve, der alle menschliche Berechnungen bedürfen, ist gerade bei der Syphilis die Entscheidung besonders schwer. Es mutet mich immer sonderbar an, wenn es in Berichten über Syphilitische heiſst: „geheilt entlassen". Meinem Dafürhalten nach müſste man stets zusetzen: „zur Zeit", denn wir haben absolut keinen Maſsstab für eine Beurteilung der Heilung der Syphilis, wissen wir doch, daſs selbst nach leichtesten Sekundärerscheinungen nach Jahren schwere tertiäre Syphilis folgen kann, findet man doch in der Umgebung makroskopisch geheilter Indurationen noch lange Zeit verdächtige Anhäufungen von Rundzellen, bilden doch die Drüsen ein sicheres Versteck für schlummernde Infektionskeime, von dem aus sie, durch irgend eine Ursache aus der Unthätigkeit aufgescheucht, jederzeit einen Ausfall auf den Organismus machen können. — Die Bescheinigung, daſs jemand frei ist von venerischen Leiden, ist also nur nach einer besonders gründlichen Untersuchung auszustellen, ob sie dann selbst zweifellos richtig ist, wer möchte dafür garantieren?

Wie oft ist die Untersuchung vorzunehmen? Für die Bordelle habe ich schon oben tägliche Untersuchung gefordert, die sicher durchzuführen ist. Ebenso wie die Bordellinsassinnen mehr Gelegenheit haben, infiziert zu werden, was bei der Statistik der Zahl ihrer Erkrankungen ihnen zu gute kam, haben sie natürlich auch mehr Gelegenheit, zu infizieren, was bei der Bestimmung der Zahl der Untersuchungen als erschwerender Umstand anzusehen ist. Die freien Prostituierten würden bei zweimal wöchentlicher Untersuchung, wie jetzt üblich, wohl genügend kontrolliert werden. —

Wenn nun bei der Untersuchung Prostituierte krank befunden werden, dann handelt es sich um die Frage:

Was hat mit kranken Prostituierten zu geschehen?

Daſs die Behandlung nur in Krankenhäusern unter gleichzeitiger Verhütung des Verschleppens erfolgen kann, ist ja keine Frage. Zweifelhaft aber ist es, wie lange die Krankenhausbehandlung fortgesetzt werden

soll, d. h. **speziell für Syphilis, nach welchem Modus die infizierten Dirnen zu behandeln sind,** und was nach ihrer, wenn ich so sagen darf, makroskopischen Heilung mit ihnen zu erfolgen hat. Ich gehe dabei von der Voraussetzung aus, dafs es nicht gestattet ist, die infizierten Personen, nachdem die sichtbaren Erscheinungen nach einer vier- bis sechswöchentlichen Kur geschwunden sind, auf die Menschen bedingungslos loszulassen. v. Bergmann-Riga befürwortet, diese syphilitischen Prostituierten in Asylen für drei Jahre unterzubringen. Das ist ja nicht übel, aber die Durchführung dieser Idee würde viel Schwierigkeiten und viel Geld kosten. Demgegenüber dürfte der Vorschlag des Dr. Zoege von Manteuffel-Dorpat vorzuziehen sein, der die chronisch intermittierende Behandlung syphilitischer Prostituierten durchgeführt und dieselben in bestimmten Zwischenräumen, unabhängig davon, ob sie Symptome zeigen oder nicht, ins Krankenhaus zu einer Merkurialkur eingezogen haben will. Es ist hier nicht der Ort, um über die Berechtigung einer chronisch intermittierenden Quecksilberbehandlung zu diskutieren, deren bedingungslose Durchführung bei allen Syphilitischen mir ebenso wenig berechtigt erscheint, wie ich die von den Gegnern aufgeführten Gefahren der Kur für überschätzt halte. Für die Prostituierten halte ich sie für sehr geeignet, soweit nicht andere Leiden derselben sie kontraindizieren; bei ihnen ist vor allem die psychische Depression, die ich für den gewichtigsten Einwand gegen die chronisch intermittierende Behandlung der Syphilis halte, nicht zu fürchten, es sind meistens leichtlebige, wenig gewissenhafte Personen, denen ein bischen Syphilophobie ganz gut thut. Für den Leichtsinn giebt es keinen besseren Zügel, als eine in bestimmten Intervallen erneute Behandlung, und zwar ohne Ansehung der Schwere der Syphilis, die man erst 10 bis 20 Jahre nach der Infektion sicher beurteilen kann. Werden die syphilitischen Prostituierten zwei bis drei Jahre hindurch regelmäfsig zwei bis dreimal jährlich zur Kur eingezogen werden, dann wird man wohl mit einiger Sicherheit hoffen dürfen, sie über das Stadium der gröfsten Kontagiosität ohne Gefährdung der Mitmenschen hinwegbringen zu können. Was allerdings sehr gegen diesen Behandlungsmodus spricht, ist der Mangel an genügenden Krankenhäusern, ohne deren Vermehrung überhaupt keine Prophylaxe der Syphilis durchgeführt werden kann. Dazu ist natürlich Geld, vielleicht viel Geld nötig, und für die Hygiene hat der Staat immer nicht viel Geld übrig. Es wird soviel Geld für die Bekämpfung der Mitmenschen aufgewendet, dafs für die Bekämpfung der alle Menschen gefährdenden Krankheiten nichts übrig bleibt. Hoffen wir aber, dafs das besser werden wird, sonst wären ja alle unsere Beratungen zwecklos, denn ohne gröfseren materiellen Aufwand läfst sich nicht reorganisieren, nichts erreichen. —

Gesetzt nun, unsere Wünsche werden berücksichtigt, alle aufgestellten

Forderungen verwirklicht, was dürfen wir davon erwarten? Welches Resultat dürften wir uns von einer von humanem, medizinischem Geiste getragenen Durchführung der erörterten Punkte versprechen? Wir würden uns sicher Illusionen hingeben, wenn wir hofften, dadurch die venerischen Krankheiten aus der Welt zu schaffen; eine Eindämmung derselben müfste uns schon genügen. Will man gröfsere Erfolge erzielen, dann mufs vor allem in jedem Menschen etwas mehr Verständnis für die Gefahren der Prostitution geweckt werden, jeder über die schrecklichen Folgen der Syphilis besonders mehr aufgeklärt werden. Dazu aber müfste man aufhören, die venerischen Krankheiten als etwas Schandbares zu betrachten, über das man anständigerweise nicht sprechen dürfe. Das ist eine falsche Moral, die zur Verbreitung der Unmoral führt. — Besonders gefährlich ist diese unangebrachte Diskretion gegenüber der erwachsenen Jugend. Statt dieselbe, wo es irgendwie möglich, auf die Gefahren hinzuweisen, dieselben grell zu beleuchten, damit sie ihnen aus dem Wege gehen können, hüllt man das Ganze in ein geheimnisvolles Dunkel und treibt die ahnungslose Jugend in die Arme der Infektion. Aufklärung der Jugend ist durchaus nötig und kann, wie Blaschko und andere hervorheben, sehr gut erreicht werden bei Studenten, Soldaten, Arbeitern und Arbeiterinnen, Mitgliedern von Krankenkassen etc. Aber was geschieht statt dessen? Was thun beispielsweise die Krankenkassen? Statt ihren Mitgliedern hygienische Katechismen zu geben, in denen neben anderen Ratschlägen auf die Gefahren der venerischen Krankheiten hingewiesen wird, was als Anhang an die jedem Mitgliede übergebenen Krankenkassenstatuten leicht geschehen könnte, schliefsen sie die an venerischen Krankheiten Leidenden von den Wohlthaten der Kasse aus, den Unglücklichen noch extra strafend dafür, dafs er das gethan hat, was alle andern thun, aber mit weniger Glück. Fürwahr, es ist dieses Verhalten der Krankenkassen etwas so Ungeheuerliches, dafs man sich nur wundern kann, wie gegenüber der wohl einstimmigen Ansicht der Ärzte in dieser Beziehung sich so viele finden können, die durch ihre Abstimmung für derartige Beschränkungen ihre eigene Beschränktheit nur zu sehr demonstrieren. — Würden die Menschen mehr unterrichtet sein über das Wesen der Syphilis, dann würden sie sich wohl in acht nehmen, jedermann auf den Mund zu küssen, aus anderer Cigarrenspitzen zu rauchen und ähnliches, dann würden sie vielleicht auch daran denken, wenn sie ihre Töchter verheiraten, nicht nur auf die materielle Lage der zukünftigen Schwiegersöhne zu achten, sondern auch sich über ihren Gesundheitszustand und speziell über etwaige Syphilis zu informieren, um ihre Kinder vor Krankheit, ihre Enkel vor frühzeitigem Tod oder langdauerndem Siechtum zu bewahren. Die Übertragbarkeit und die Vererbbarkeit der Syphilis machen sie zu einer der furchtbarsten Krankheiten,

und das zu wissen, gehört wohl mehr zur „allgemeinen Bildung“ als vieles andere.

Schlüsse.

I. Gut kontrollierte fakultative Bordelle sind zu dulden und sogar zu begünstigen.

Zu einer guten Kontrolle gehört

1. tägliche Untersuchung;
2. häufige unangemeldete Inspektionen;
3. Instruierung der Prostituierten zur Orientierung über etwa sichtbare geschlechtliche Erkrankungen der Besucher;
4. Auslegen eines Buches mit den Gesundheitsbescheinigungen und eines Beschwerdebuches;
5. Anbringung deutlich sichtbarer Plakate in jedem Zimmer, auf denen enthalten ist:
   a. Verbot des Coitus bei bestehenden Geschwüren, Ausschlägen, Ausflüssen,
   b. Aufforderung zur gründlichen Reinigung mit antiseptischer Flüssigkeit und Urinentleerung nach dem Coitus,
   c. Aufforderung zur vorherigen Einsicht in das Attestbuch und zur Anmeldung etwaiger Unsauberkeit etc. bei der Polizeibehörde oder Eintragung der Beschwerde ins Beschwerdebuch nach Zusicherung strengster Diskretion.

II. Ob die freien Prostituierten in bestimmte Stadtteile zu verbannen sind, ist nach den örtlichen Verhältnissen zu beurteilen. Im allgemeinen ist diese Verbannung nicht ratsam. Die Zerstreuung und gleichzeitige Dezentralisierung der Beaufsichtigung ist vorzuziehen. Die Untersuchung mufs wenigstens zweimal wöchentlich vorgenommen werden.

III. Der geheimen Prostitution ist mit Energie, aber auch mit Diskretion nachzuspüren. Infizierte und deren Ärzte sind zur Anzeige der Infizierenden zu veranlassen, wobei aber auch die gröfstmöglichste Verschwiegenheit zuzusichern ist. — Besonders sind die Kellnerinnen streng zu beobachten. — Von Kellnerinnen wie von allen in öffentlichen Lokalen bedienenden Personen sind in bestimmten Zeiträumen Gesundheitsbescheinigungen zu verlangen, die auf Wunsch von beamteten Ärzten unentgeltlich auszustellen sind.

IV. Die Untersuchung ist nicht in der Polizei, sondern in Krankenanstalten und Polikliniken vorzunehmen, auch unter möglichster Dezentralisierung. Dieselbe mufs den Charakter einer hygienischen Wohlthat und nicht den einer Polizeistrafe tragen. — Die Gesundheitsbescheinigungen können auch von jedem praktischen Arzte ausgestellt werden, sind dann aber zweimal wöchentlich den betreffenden Behörden vorzulegen. Zu diesem Zwecke sind bestimmte Attestschemata aufzustellen,

die in allen Rubriken von dem betreffenden Arzt auszufüllen sind. Diese Rubriken dürften etwa folgende sein:

1. Allgemeinbefinden?
2. Hautveränderungen?
3. Drüsenschwellungen?
4. Rachen- und Mundveränderungen?
5. Befund an den Genitalien? a. Urethra; b. Vulva; c. Vagina; d. Cervix uteri; e. Corpus uteri; f. Adnexa.
6. Befund am After?
7. Sonstige Veränderungen?
8. Gesamturteil.

Sind die Ärzte in Bezug auf die Beurteilung venerischer Krankheiten nicht genügend vorgebildet, dann ist eine bessere Vorbildung sofort anzubahnen.

V. Krank befundene Prostituierte sind zu einem möglichst langdauernden Aufenthalt im Krankenhause unterzubringen. Für syphilitische Prostituierte ist eine dem Allgemeinbefinden anzupassende chronisch intermittierende Behandlung zu empfehlen; dieselben sind zu dem Zwecke zwei bis drei Jahre hindurch jährlich zwei bis dreimal wieder in das Krankenhaus einzuberufen.

VI. Für Aufklärung des Publikums und der Jugend ist in jeder Weise Sorge zu tragen. Jede Maſsregel, die die Acquirierung der Syphilis als Vergehen kennzeichnet, ist aufzuheben.

Versammlungen.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Dritter Kongreſs, gehalten zu Leipzig 17.—19. September 1891.
(*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Ergänzungsheft I. 1892.)

4. Sitzung.

Vorsitzender: Herr Kaposi.

17. Herr Arning: **Ein Fall von Pseudoleukämie mit multiplen Haut-, Schleimhaut- und Muskeltumoren.** (Ref. Bd. XIV. pag. 119.)

18. Herr Joseph: **Über Pseudoleucaemia cutis.** (Ref. Bd. XIV. pag. 119.)

Diskussion: Herr Kaposi glaubt, das Beschriebene auch schon gesehen zu haben, und erwähnt zwei Fälle, von denen der erste einen Herrn aus Genua betraf. Derselbe zeigte wenigstens 100 Tumoren am Körper, die nicht über das Niveau der Haut hervorragten, wohl aber in der Tiefe fühlbar waren. Die Haut über denselben war rosenrot, an manchen Stellen jedoch gänzlich ungefärbt. Der Mann klagte über heftige, neuralgische Schmerzen. Für die Diagnose kamen Neurom und Sarkom in Betracht. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein verschieden konstituiertes, teils Kleinzellen-, teils Spindelzellen-Sarkom.

Unter subkutanen Injektionen von Natrium arsenicosum verschwanden die Tumoren wie die Schmerzen innerhalb 3 Monaten. — Die Krankheit hatte seit einem Jahre bestanden. — Bei dem zweiten Falle bestand die Krankheit erst seit einigen Wochen. Hier waren nur wenige Tumoren von verschiedener Gröfse. Auch hier ergab die histologische Untersuchung Sarkom. Für Pseudoleukämie waren in beiden Fällen keine Anzeichen vorhanden. Der zweite Fall heilte ebenfalls unter Natrium arsenicosum subkutan appliziert ab.

Redner glaubt, dafs sich nach Beobachtung eines reicheren diesbezüglichen Materials zwischen gewissen Sarcomatosis-Formen, Mycosis fungoides, Lymphodermia perniciosa, Lymphomen, Pseudoleukämie und Leukämie Verbindungsglieder ergeben und eine einheitliche Auffassung all' dieser schweren Erkrankungsformen möglich werden wird.

Herr Touton erwähnt aus seiner Praxis einen Fall, den er als allgemeine Hautsarkomatose diagnostiziert hatte.

Es handelte sich um einen 50jährigen Metzgermeister, der wegen allgemeiner Schwäche, Appetitlosigkeit, schlechten Schlafes und eines langwierigen Hustens den Arzt konsultierte. Dieser konstatierte eine starke Vergröfserung der Leber, welche unter der Behandlung (zumeist mit Rheuminfus) sich rasch zurückbildete. Fünf Tage nach Beginn der Behandlung zeigte sich an der linken Schläfe vor dem Ohre ein grofser Knoten, dem bald eine über den ganzen Körper sich verbreitende Knoteneruption folgte, welche dem Patienten heftiges Jucken, Brennen und Schmerzen verursachte. Im ganzen mochten es 150 stecknadelkopf- bis kleinkirschengrofse, braunrote, sich derb anfühlende Knoten sein, von denen einige oberflächlich ulzeriert und mit einer Kruste bedeckt waren. Die Lymphdrüsen waren stellenweise stark vergröfsert. Intensive, schlafraubende Gliederschmerzen, Trockenheit im Halse waren die hauptsächlichsten begleitenden Symptome. Fieber wurde nicht konstatiert.

Zuerst wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Rotz“ gestellt. Die darauf gerichteten Untersuchungen blieben negativ. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um ein Rund- und Spindelzellensarkom. Unter Liquor arsenicosus Fowleri gingen die meisten Knoten zurück. Doch traten Recidive auf. — Redner will über den Fall noch weitere Mitteilungen machen.

Herr Pick erinnert sich eines 16jährigen Knaben, der eine grofse Zahl von Geschwülsten, meist dem subkutanen Gewebe angehörend, zeigte. Die mikroskopische Untersuchung stellte Rundzellensarkom fest. Unter Arsen besserte sich der Zustand. Später traten jedoch Recidive auf, denen schliefslich der marastisch abgemagerte Patient erlag. Leukämie konnte nicht konstatiert werden.

Herr Neumann berichtet über 2 Fälle von Mycosis fungoides.

19. Herr Neuberger: **Über einen Fall von lymphatischer Leukämie mit leukämischen Hauttumoren.**

Der 61jährige Patient aus Polen (Hochzeits-Deklamator von Beruf) zeigt ziemlich symmetrisch auf beiden Wangen mahagonibraun verfärbte, 1 cm über das Hautniveau erhabene, derb-elastische, auf Druck nicht schmerzhafte, auf der Unterlage wenig verschiebbare, durch mehr oder weniger tiefe Furchen gelappte Geschwülste. Die Oberfläche derselben ist von zahlreichen teleangiektatischen Gefäfsen durchzogen. Eine weitere genauere Untersuchung des Patienten stellte eine hochgradige, bis fast zum Nabel sich erstreckende Milzschwellung, eine geringe Hypertrophie der Leber, sowie eine universelle Lymphdrüsenschwellung fest. — Der Urin war ohne Eiweifs und Zucker; Peptonurie, Ascites, Ödeme waren nicht vorhanden, das Allgemeinbefinden des Patienten blieb stets gut.

Die unter dem Beistande von Prof. MÜLLER vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab reichlich kleine und gröfsere Lymphocyten, hingegen nur sehr spärlich grofse mononukleäre Leukocyten und eosinophile Zellen. Es handelte sich somit um eine fast ausschliefslich „lymphatische Leukämie". Die Blutkörperchenzählung mit dem THOMA-ZEISSschen Apparat ergab das Verhältnis 1 : 30. Die histologische Untersuchung der Hautgeschwülste ergab ausgedehnte, das Corium diffus durchsetzende Leukocyteneinlagerungen, eine sehr dünne Epidermis ohne Stratum granulosum. Stark infiltriert war die Umgebung der Schweifsdrüsenknäuel, ohne dafs die Wandung derselben und das Lumen irgend eine Veränderung zeigten. Während im allgemeinen in den oberen subpapillären Cutisschichten die lymphoiden Elemente diffus verbreitet waren, machte sich in den tieferen Schichten, namentlich in der Umgebung der Schweifsdrüsen und der tiefgelegenen Haarbälge und Talgdrüsen, eine zirkumskripte Lymphombildung geltend. Zwischen den lymphoiden Zellen fanden sich spärliche Mastzellen, vereinzelte eosinophile Zellen, jedoch gar keine Riesenzellen.

Der leukämische Charakter der Tumoren, der schon makroskopisch erkennbar war, fand durch die mikroskopische Untersuchung seine Bestätigung. — Im folgenden bespricht N. kurz die Litteratur.

Die Therapie bestand hauptsächlich in subkutanen Arseninjektionen, die jedoch keinen nennenswerten Erfolg hatten.

Durch Excision der Hauttumoren wurde wenigstens ein kosmetischer Effekt erzielt.

20. Herr GALEWSKY: **Über Pityriasis rubra pilaris.**

G. berichtet über zwei Fälle von Pityriasis rubra pilaris aus der Breslauer Klinik.

In dem ersten Falle, den Vortragender demonstriert, handelt es sich um einen 20jährigen jungen Mann, welcher seine Hautaffektion seit seinem 6. Lebensjahre zeigte. — Die Follikel fast des ganzen Körpers waren gerötet und durch feste, konische, mit kleienförmigen, weifsgrauen Schüppchen bedeckte Hornkegel auseinandergetrieben. Die Haut fühlte sich reibeisenartig an. — Am stärksten war die kleienförmige Abschuppung auf dem behaarten Kopf, den Ohrmuscheln, in der Gegend der Augenbrauen, nur wenig befallen war das Gesicht; frei von der Affektion waren die Beugeseiten der Extremitäten, die Hand- und Fufsrücken, die Dorsalflächen der II. Phalangen (mit Ausnahme des Daumens), sowie der Zehen. — Die Krankheit verursachte dem Patienten nur geringes Jucken, mäfsiges Spannungsgefühl. Am unangenehmsten empfand er die Unempfindlichkeit der Hände. Die Volae, wie die Plantae zeigten starke Hornmassen, zwischen diesen hier und da Rhagaden. — Die Therapie bestand in innerlichen Arsenikgaben. Äufserlich kamen Salben, Pflaster, spirituöse Einreibungen in Anwendung. Eine wesentliche Besserung trat erst unter einer achttägigen 10 %igen Chrysarobinsalbenkur ein, später unter protrahierten, bis zu 6 Stunden ausgedehnten warmen Bädern mit nachfolgender Einfettung der Haut mit Salicylvaselin. In dem zweiten Falle bestand die Krankheit seit drei Wochen und charakterisierte sich auf der Haut der oberen Körperhälfte durch Rötung, kleienförmige Abschuppung; weiter abwärts zeigten sich genau den Follikeln entsprechende rote, derbe, konische, mit einem Hornkegel versehene Knötchen ohne Dellenbildung. Die Volae manuum waren, wie im ersten Falle, mit dicken Hornmassen bedeckt, die Dorsalfläche war rissig, gerötet, schuppend. — Der 40jährige Patient war fieberfrei, klagte indessen über heftiges Jucken, Schlaflosigkeit etc. Die Behandlung bestand anfangs nur lokal in Bädern, Einfettung der Haut mit indifferenten, später mit Karbol-Sublimat-Salben, Salicylseifenpflaster.

Eine wesentliche Besserung trat erst unter der Behandlung mit Arsenik ein. Der Erfolg war jedoch anfangs vorübergehend. Sobald die Behandlung ausgesetzt wurde, traten Recidive auf. Erst nach längere Zeit fortgesetzten Arsenikgaben blieben die Recidive aus. Patient zeigte bei der Entlassung am Körper nur noch leichte Braunpigmentierung; die Efflorescenzen waren, ohne Narben zu hinterlassen, verschwunden. — Die mikroskopische Untersuchung von Knötchen sowohl des ersten wie zweiten Falles ergab eine leichte Hypertrophie des Rete mit stärker gewulsteten und verlängerten Zapfen, überall starke Anhäufung von Hornlamellen, in welchen sich hier und da tingible Kernreste vorfanden. Die Hornkegel erhoben sich fast nur über den Talgdrüsen resp. den Haarfollikeln, in ganz seltenen Fällen über den Schweifsdrüsen. Veränderungen an den Drüsen selbst waren nicht nachzuweisen. — Im allgemeinen handelte es sich anatomisch um eine aufserordentlich gesteigerte Hyperkeratose, deren Hauptsitz in den Seiten des Infundibulums der Follikel und der zu ihnen gehörigen Talgdrüsen lag. Im Gegensatze zum Lichen ruber planus stellte sich die Affektion als eine ausschließlich aus dem Rete hervorgehende, die Cutis nur gering und dann nur sekundär ergreifende dar.

Redner bespricht im folgenden die Diagnose, welche in dem zweiten Falle wegen der auffallenden Ähnlichkeit mit Lichen ruber acuminatus Kaposi zweifelhaft war. Für die Pityriasis rubra pilaris sprach indessen der mikroskopische Befund. — G. resumiert das Gesagte dahin:

1. Die von Devergie-Richaud-Besnier beschriebene Pityriasis rubra pilaris ist identisch mit dem Lichen ruber der Amerikaner (Taylor, Robinson) und mit einem grofsen Teile der bisher als gutartiger Lichen ruber acuminatus Kaposi beschriebenen Krankheitsformen.

2. Die Pityriasis rubra pilaris ist eine rein exfoliative Hyperkeratose, ist streng zu scheiden vom Lichen planus Wilson.

3. Der Hebra-Kaposische Lichen ruber acuminatus besteht nach den bisher vorliegenden Untersuchungen unverändert weiter als Krankheit sui generis.

4. Es ist in jedem zweifelhaften Falle der Arsen anzuwenden, da ihm in einzelnen Fällen eine heilende Wirkung zuzukommen scheint. — Zur Lokalbehandlung haben sich am meisten protrahierte Bäder mit nachfolgender Salicylsalbenbehandlung, unterbrochen durch cyklische Chrysarobinschmierkuren, bewährt.

Diskussion: Herr Neisser ist von seiner auf dem Pariser Kongrefs ausgesprochenen Ansicht, dafs der Lichen ruber acuminatus Kaposi und die Pityriasis rubra pilaris Besnier nur verschiedene Namen für dieselbe Krankheit wären, zurückgekommen. Beide Affektionen hätten miteinander absolut nichts zu thun. Für „Pityriasis rubra pilaris“ möchte N. lieber die Bezeichnug „Keratosis follicularis rubra“ wählen. Der zweite aus der Breslauer Klinik beschriebene Fall biete klinisch allerdings ein dem Lichen ruber acuminatus sehr ähnliches Bild, mikroskopisch aber sei er als zur Pityriasis rubra pilaris gehörig anzusehen. In derartig zweifelhaften Fällen sei die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung sicher zu stellen.

Herr Kaposi will in die Diskussion des Gegenstandes nicht eingehen, sondern seiner wiederholt geäufserten Meinung Ausdruck geben, dafs die Pityriasis rubra pilaris und der Lichen ruber acuminatus trotz mancher Verschiedenheiten identische Prozesse sind. Angesichts der Breslauer Fälle möchte er auf die der Keratosis follicularis entsprechenden Entwickelungsformen des Lichen ruber hinweisen.

Herr Neumann erwähnt einen Fall von Pityriasis rubra pilaris, der anfangs den

Eindruck eines Lichen ruber acuminatus machte, und bei dem erst die genaue Beobachtung zur richtigen Diagnose geführt hat.

Herr BLASCHKO erwähnt aus seiner poliklinischen Praxis einen Fall von Pityriasis rubra pilaris bei einem 20jährigen, jungen Mädchen. Die Affektion blieb trotz jahrelangen Bestehens auf die ersten Fingerphalangen, auf die Handrücken, Vorderarme, Ober- und Unterschenkel beschränkt.

Allgemein bemerkt B.: Mit der Pityriasis rubra pilaris könnte nicht der Lichen ruber planus, wohl aber der Lichen pilaris oder die Keratosis pilaris und die Ichthyosis follicularis (DARIERS Psorospermosis cutanea) in eine Kategorie gebracht werden. Obwohl die drei Affektionen ätiologisch und auch klinisch auseinandergingen, so gehörten sie doch anatomisch insofern zusammen, als alle drei Krankheiten die Haarfollikel betreffen und abnorme Verhornungen derselben bedingen. Man könnte diese Affektionen vielleicht als folliculäre Keratosen oder Parakeratosen zusammenfassen.

Herr KAPOSI giebt auf weiteres Drängen NEISSERS endlich zu, daſs solche Fälle, wie der vorgestellte, wenn sie nicht Lichen ruber acuminatus sind, als Keratosis-Fälle, anzusehen sind.

Herr VON SEHLEN hält TAENZERS Ulerythema ophryogenes und den Lichen pilaris nicht für identische Prozesse, wie es BLASCHKO und in Übereinstimmung mit ihm ARNING thun. Beim Ulerythema ophryogenes sei das Wesentliche des Krankheitsprozesses die Narbenbildung in dem vorher geröteten Bezirke.

V. Sitzung.

Vorsitzender: Herr DOUTRELEPONT.

21. Herr VEIEL und Herr LESSER stellen einen Patienten vor, der 63 Jahre alt ist und seit länger als 20 Jahre mit seiner Hautkrankheit behaftet ist. Dieselbe begann mit Rauhigkeit der Haut, so daſs die Krankheit vom Hausarzte als Ichthyosis bezeichnet wurde. Später entstanden an verschiedenen Stellen des Körpers rote Flecke, die zuweilen heftiges Jucken verursachten. Alle Mittel, Badekuren waren erfolglos. Als Patient in VEIELS Behandlung kam, wies er auf dem Kopfe, dem Gesichte, namentlich den Augenlidern, am Halse und Nacken das Bild des trockenen squamösen Ekzems. Auf dem Rumpfe befanden sich zahlreiche, gerötete, schuppende, scharf umschriebene, an Psoriasis erinnernde Plaques. Nur an der rechten Seite des Halses, an den Achselhöhlen zeigten sich ca. markstückgroſse, nässende, auf stark infiltriertem Grunde sitzende Stellen.

Die Extremitäten zeigten das Bild einer hochgradigen, psoriatischen Erkrankung mit Verdickung der Haut, Schrundenbildung und reichlicher Hyperkeratose.

Die Behandlung mit Bor-Zink-Amylum-Vaselinpaste und Bepinselung mit Teerseifenschaum hatte einen sehr beruhigenden und wohlthätigen Einfluſs. Nach sechswöchiger Kur wurde Patient wesentlich gebessert entlassen, nur die nässenden Stellen konnten bis jetzt nicht zur Abheilung gebracht werden. Redner bittet die Herren um ihre Ansicht bezüglich der Diagnose und einer mehr von Erfolg gekrönten Therapie.

Diskussion.

Herr LANG hält die Krankheit für Psoriasis und zwar für jene Form der Psoriasis, welche aus einem Ekzem hervorgegangen ist und sich durch den Lokalisationstypus des Ekzems auszeichnet. Die ichthyotische Veränderung der Haut ist sekundärer Natur und vom Wesen der Krankheit unabhängig.

Herr NEISSER möchte den Fall wegen des entzündlichen Infiltrates, des starken Juckens und des schweren Allgemeinbefindens, das er selbst bei hochgradiger Psoriasis

nicht gesehen habe, zur Mycosis fungoides mit ekzematösem Vorstadium rechnen.

Herr LESSER steht auf demselben Standpunkte wie der Vorredner. Die Diagnose Psoriasis hätte er längst ausgeschlossen. Nachdem bei dem Patienten in der letzten Zeit Tumoren aufgetreten wären, halte er die Diagnose Mycosis fungoides für die wahrscheinlichste.

Herr LANG begründet nochmals seine Ansicht.

Herr VEIEL teilt NEISSERS und LESSERS Ansicht bezüglich der Diagnose.

Herr DOUTRELEPONT erinnert sich eines ganz analogen Falles von Mycosis fungoides und macht bei dem vorgestellten Patienten auf die kleinen papillären Tumoren der Hand aufmerksam, die ebenfalls zum Bilde der Mycosis fungoides gehören.

Bezüglich der Therapie schlägt Herr NEISSER vor, den Patienten 4—6 Stunden baden zu lassen, in der Zwischenzeit die Haut mit einer mehr Fett enthaltenden Paste zu bestreichen. Auch das Tumenol, das ja hervorragend juckenlindernde Eigenschaften besitze, ohne zu irritieren, würde er im vorliegenden Falle versuchen.

Herr LANG hält die mildeste Lokaltherapie für die beste. Der Umstand, dafs das Chrysarobin nach der Mitteilung von VEIEL noch die beste Wirkung that, scheine eher für als gegen die Diagnose Psoriasis oder Ekzem zu sprechen.

Herr TOUTON schlägt Anthrarobin statt des gefährlichen Chrysarobins vor.

Herr DOUTRELEPONT möchte es noch einmal mit Arsen versuchen, wenn dieses im Stiche lasse, Karbolsäure in entsprechenden Dosen anwenden, äufserlich seien Bäder, milde Salbeneinreibungen zu gebrauchen; die Wucherungen sollten mit Pyrogallol weggeätzt werden.

22. Herr KOLLMANN demonstriert einen kleinen, zur **Strikturbehandlung** bestimmten, vom Mechaniker Heynemann in Leipzig angefertigten **Apparat**. Derselbe dient als Leitapparat, um eine Striktur mit einem Instrument sicher und unter möglichster Vermeidung von Verletzungen zu passieren. Er entspricht mit wenigen Änderungen dem Apparate, den im Jahre 1887 DISTIN-MADDICK in London in seiner Abhandlung über die Harnröhrenstriktur (übersetzt von Dr. NOACK, bei Pietzker in Tübingen, 1889) genau beschrieben, der aber in Deutschland wenig Beachtung gefunden hat. Der Apparat stellt einen Metallkonduktor dar, welcher aus einem zentralen und mehreren in der Peripherie kreisförmig angeordneten Rohren besteht. Durch das mittlere läuft ein elastischer Katheter No. 2, durch die excentrischen Rohre laufen Bougies von noch geringerer Stärke. Es wird durch diesen Apparat möglich, die dünnsten, elastischen Bougies oder Katheter bis an eine ganz bestimmte Stelle des Striktureneinganges vorzuschieben.

23. Herr LESSER demonstriert einen Fall von **Urticaria pigmentosa** bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde. Die ersten Quaddeln wurden bald nach der Geburt bemerkt. Dieselben verschwanden, hinterliefsen Pigmentierungen, neue Quaddeln traten an anderen Stellen auf. Die Mutter des Kindes ist gesund. Dieses zeigt sonst ein normales Verhalten.

L. hat im Laufe von 9 Jahren noch 3 Fälle gesehen, die sich insofern von dem demonstrierten Falle unterschieden, dafs die Quaddeln nicht so bald verschwanden, sondern einen mehr chronischen Charakter annahmen und den Eindruck kleiner Hautgeschwülste machten. Die französischen Autoren nannten solche Fälle: „Urticaire xanthelasmoide“. Die Diagnose ist anfangs schwer. Wenn man jedoch die weifsgelblichen Knötchen mit einem rauhen Tuche reibt, so verwandeln sie sich unter den Augen des Beobachters in typische Quaddeln.

24. Demonstration dreier Fälle von **Ichthyosis palmaris et plantaris** bei

einem Vater und zwei Kindern desselben. Die auch sonst bekannte Erblichkeit der Affektion ist im vorliegenden Falle durch vier Generationen nachweisbar.

25. Demonstration einer Familie, welche an **Epidermolysis bullosa hereditaria** leidet. An den Extremitäten und am Rumpfe, besonders an den Stellen, wo ein Druck durch Kleidungsstücke stattfindet, so am Halse, an den Achselfalten und an der Hüftgegend sind zahlreiche pigmentierte Stellen, dazwischen weifse, leicht atrophische Herde, Borken und einzelne bohnengrofse und gröfsere, mit klarer oder getrübter Flüssigkeit gefüllte Blasen. An Händen und Füfsen finden sich ebenfalls, einige Blasen. Die Affektion besteht seit der Geburt. Bei der Mutter besserte sich der Zustand mit Eintreten der Menses, die Blaseneruption hat indessen bis zum heutigen Tage nicht völlig aufgehört.

Derartige Fälle sind nur wenige in der Litteratur verzeichnet. Goldscheider Valentin, Köbner haben analoge Fälle beobachtet. Hebra hat in seinem Lehrbuche einen derartigen Fall als „erblichen Pemphigus" beschrieben.

26. Zum Schlusse stellt Herr Lesser noch einen Mann mit zwei Söhnen vor, die aus einer Familie stammen, bei der in zwei Generationen acht Mitglieder die als **Aplasia pilorum intermittens** zu bezeichnende Affektion gezeigt haben. Der Mann ist total kahl, die Kopfhaut ist glatt, wie atrophisch. Bei den Söhnen sind die Haare, wenn auch spärlicher als normal, so doch noch reichlich vorhanden, aber sie sind kurz, trocken, glanzlos und sehen wie mit Pilzen durchsetzte Haare aus. An einzelnen Haaren bemerkt man eine abwechselnd helle und dunkle Färbung. — Unter dem Mikroskope sieht man dementsprechend spindelförmige Anschwellungen mit zentraler Luftfüllung und Einschnürungen ohne Marksubstanz und ohne Luftgehalt in regelmäfsigen Intervallen abwechseln. Während jedoch in einem von L. früher beschriebenen Falle die makroskopisch dunklen Stellen den Einschnürungen, die hellen den luftgefüllten Anschwellungen entsprachen, ist es bei den vorgestellten gerade umgekehrt. Die Ursache dieser auffallenden Erscheinung ist in der verschiedenen Pigmentierung der Haare zu suchen Im ersteren Falle waren die Haare blond, in den letzteren ganz schwarz. — Smith und Behrend berichten ähnliches. Bei ganz gleichem Bau können verschiedene Haare je nach ihrem Pigmentgehalte ein verschiedenes optisches Verhalten zeigen. — Von Interesse an den vorgestellten Fällen sind die komedoartigen Bildungen mit den an der Stelle der Einschnürungen zusammengeknickten Spindelhaaren. — Ferner finden sich an den eingeschnürten Stellen Auffaserungen des Haarschaftes wie bei Trichorrhexis nodosa.

L. schliefst an die Demonstration noch einige Bemerkungen bezüglich der Bezeichnung dieser Haarkrankheit an.

27. Herr Friedheim stellt einen **Fall von Sklerodermie** bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde vor und beschreibt denselben recht ausführlich. An den ergriffenen Stellen ist die Haut glänzend weifs, trocken, starr, jeglicher Elastizität entbehrend. Dazwischen lagen linsen- bis bohnengrofse, vorwiegend ovaläre, dunkelbraune Flecke. Später zeigte sich die Haut an zwei Stellen schwärzlich verfärbt, dann gangränescierend. Die Geschwüre heilten unter Jodoform und Jodoformsalbenverband ab.

Die Behandlung des Kindes bestand in täglichen, mehrstündigen Bädern und einer einmaligen Einreibung mit 5%iger Naphtol- und 3%iger Salizylsalbe.

28. Herr Friedheim: **Über den Zusammenhang der Syphilis mit den Erkrankungen des Nervensystems.**

F. hat Gelegenheit gehabt, an der Leipziger Universitätspoliklinik 415 Fälle von Nervenerkrankungen speziell auf ihren Zusammenhang mit Syphilis zu untersuchen. Unter den 415 Nervenfällen sind 160 mit sicherer, 64 mit wahrscheinlicher

Syphilis. Von den 160 sind 49 Tabesfälle (= 30,6%), progressive Paralyse 25 (= 16,5%), 44 Cephalaea gravior; unter den 64 sind 26 Tabesfälle, 1 progressive Paralyse. Unter den Tabikern ist vorwiegend das männliche Geschlecht vertreten, während die Cephalaea gravior vorherrschend das weibliche Geschlecht betrifft.

Die von F. aufgestellte Statistik ergiebt ferner, dafs bei den Syphilitischen die Tabes in bei weitem früheren Lebensjahren eintritt, als bei den syphilisfreien Tabikern. — Die Mehrzahl der Tabesfälle weist ihre ersten Symptome zwischen dem fünften bis zehnten Jahre nach der Infektion auf.

Das interessanteste Ergebnis bei den Untersuchungen war der zahlenmäfsige Nachweis, dafs zwischen den syphilitischen und nichtsyphilitischen Tabikern eine auffallende Differenz im Auftreten gewisser Symptomenkomplexe, namentlich innerhalb der Blasen- und Sexualsphäre sich herausstellte. Unter den syphilisfreien Tabikern zeigten 32%, unter den sicher syphilitischen Tabikern 79% Störungen der Blase (Incontinentia oder Retentio urinae) und des Sexualapparates (herabgesetzte oder erloschene Potenz), wobei das männliche Geschlecht mit 83% vertreten ist. F. hebt noch hervor, dafs diese Störungen von Anfang an meist schwerer einsetzten oder im weiteren Verlaufe sich ernster gestalteten als bei den syphilisfreien Tabikern.

29. Herr Friedheim demonstriert und beschreibt einen **Fall von Lepra** bei einem 31jährigen südamerikanischen Landwirte. Es handelt sich um eine Lepra tubero-maculosa, welche bei dem Patienten bereits zu weitgreifenden Zerstörungen im Rachen, Larynx, in den Augen geführt hat.

Während alle anderen Mittel erfolglos waren, schien es, als ob unter dem Gebrauche von Oleum Chaulmoograe die Zahl der Knoteneruptionen und der Fieberanfälle sich verringerte. Der Kranke brauchte dieses Mittel ein Jahr und hat in dieser Zeit von Knoten- und Geschwürsbildungen wenig zu leiden gehabt. — Es konnte jedoch nicht verhindert werden, dafs die Krankheit auf die Cornea übergriff und zur Erblindung des Patienten führte.

F. demonstriert zum Schlusse unter dem Mikroskope Leprabazillen aus dem Sputum und aus der Cornea. Überimpfungen auf Kaninchen ergaben ein negatives Resultat.

30. Herr Doutrelepont: **Zur Pathologie und Therapie der Lepra.**

D. hat an zwei Leprafällen im letzten Jahre pathologisch-histologische und therapeutische Untersuchungen angestellt.

Der erste Fall betrifft eine 22jährige Patientin aus der Gegend von St. Petersburg und ist zu der selteneren kleinpapulösen Form der Lepra cutanea zu rechnen, bei der nachträglich auch die Nerven, besonders die Ulnares ergriffen wurden. — Die Knötchen waren linsengrofs, nur einzelne erreichten die Gröfse einer halben Erbse.

Der zweite Fall betrifft einen nach Südamerika ausgewanderten, 33 Jahre alten Rheinländer, der die reine Lepra tuberosa ohne Mitbeteiligung der Nerven aufwies.

Beide Fälle werden in ihrer Anamnese, in ihrem Status, weiteren Krankheitsverlauf und in ihrer Behandlung eingehend beschrieben.

Es wurde der Einflufs von Medikamenten auf den Verlauf der Lepra genau beobachtet.

Unter Anwendung von 1‰igen Sublimatumschlägen, sowie unter Einreibung einer 1%igen Sublimatlanolinsalbe sah D. viele Knoten verschwinden oder vereitern und dann vernarben.

Unter Bepinselungen mit 10%igem Pyrogallusspiritus fielen die kleineren

oberflächlich gelegenen Knoten nach Austrocknung aus, oder zerfielen, vereiterten, um später zu vernarben. Neue Knoten sind in den Narben oder in ihrer nächsten Umgebung nicht entstanden. Auch die Galvanokaustik, welche bei dem Aufenthalte der Patientin in Aachen zur Anwendung kam, brachte die einzelnen Knoten allerdings mit Hinterlassung von Keloiden zum Schwinden. Die internen Mittel, wie Natrium salicylicum, Arsenik, Ichthyol, Salipyrin, Kreosot, Guajacol waren ohne besondere Wirkung. Ebensowenig wurde von Tuberkulin- und Kantharidininjektionen ein günstiger Einflufs auf den Verlauf der Lepra beobachtet.

Während zweier Eruptionsperioden wurde das Blut des zweiten Leprapatienten untersucht und jedesmal auf dem Deckgläschen Leprabazillen gefunden. Dieselben waren meist einzeln in weifsen Blutkörperchen eingeschlossen, oder lagen einzeln, aber auch in Haufen zwischen den roten Blutkörperchen. — Zu einer anderen Zeit fanden sich Bazillen gar nicht oder ganz vereinzelt im Blute, ein Befund, der mit dem von Köbner, Müller und anderen Forschern übereinstimmt. Es ist immerhin auffallend, dafs sich so wenig Bazillen im Blute zeigen, da man doch die Gefäfse der Haut, deren Wandungen bis zu den Endothelien hin häufig von Bazillen durchsetzt findet. Es müfsten, wenn die Bazillenhaufen frei an der Intima und nicht in den Zellen eingeschlossen wären, die Bazillen in grofser Zahl im Blute zirkulieren, was jedoch nur unter gewissen Verhältnissen, so während einer neuen Eruptionsperiode, geschieht.

Bezüglich des Verhaltens der Bazillen zu den Zellen ist D. in der Lage, auf Grund seiner Untersuchungen sich den Ansichten Neissers, Hansens u. a. anzuschliefsen.

In den Schnitten der Haut, im Eiter, im Sputum, im Blute, überall fand D. Bazillen, einzeln oder in Haufen geballt in Zellen eingeschlossen. — Zur Färbung der Bazillen hat D. die Methode Israels (Vorfärbung in Hämatoxylin, Färbung in Karbolfuchsin, Entfärbung nach Weigert mit Jod und Anilinöl) sehr brauchbar gefunden.

Über die angestellten Impf- und Kulturversuche kann D. noch nichts Bestimmtes mitteilen.

Diskussion.

Herr Arning hält die bisherigen geringen Befunde nicht für ausreichend, um, gleich den erwähnten Autoren, die Fieberanfälle der Leprösen und die dabei beobachteten Vorschübe der Krankheit als von einer Anwesenheit der Leprabazillen im Blute abhängig aufzufassen. Er möchte eher die Bazillen als zufällige, durch die Untersuchungsmethoden geschaffene Beimengungen ansehen, wenn er auch die Möglichkeit, dafs Leprabazillen im Blute vorkommen, nicht leugnen wolle. Übrigens habe die Frage die einschneidende Bedeutung nicht mehr, nachdem man die wesentlichsten Störungen im Gleichgewichte der Gewebe nicht direkt den Bazillen, sondern den von ihnen produzierten Giften zuschreibt. Es könnten ebenso gut Lepra-Toxine in plötzliche Zirkulation gekommen sein und das Fieber erregen, ja man könnte sich auch vorstellen, dafs das Blut gerade die Fähigkeit besitze, in dasselbe hineingelangte Leprabazillen zu zerstören, und dafs ein solcher Prozefs mit Fiebererscheinuugen einherginge.

A. erwähnt im Folgenden seine Untersuchungen auf bazillenhaltiges Blut und die zumeist negativen Resultate derselben, bemerkt, dafs bei Stichproben vielfach Irrtümer mit unterlaufen könnten, welche zu falschen Schlüssen führten. — Es werden sodann die unterscheidenden Merkmale, sowohl die klinischen wie histologischen Differenzen zwischen Lepromen und Lepriden angegeben. Während die Leprome, die grofsen und die kleinen Knoten auf einer massenhaften Anhäufung

bazillären Materials beruhen, findet man bei den Lepriden, sowohl beim einfachen Erythemfleck als bei der kleinpapulösen Form, nur sehr selten Leprabazillen.

Herr Petersen bemerkt zur Lepra-Therapie, dafs die Salizylbehandlung bei einer Patientin keine dauernde Besserung herbeigeführt habe. Bezüglich der Heilerfolge bei der Leprabehandlung sei er nicht so skeptisch wie Doutrelepont. Kaurin habe ihm einige Fälle gezeigt, bei denen augenblicklich keine Symptome vorhanden in einem seit 1½, in einem seit 2 Jahren. Kaurin sehe keinen Fall vor zehn Jahren nach Schwund aller Symptome als geheilt an. — P. konstatiert, dafs er vier neue Fälle von Lepra mit sehr frühen Anfangsstadien in Petersburg gefunden habe.

Herr Touton steht bezüglich der Leprabazillen im Blute auf dem Standpunkte Doutreleponts, auch schon aus rein apriorischen Erwägungen. — Die Intima der Blutgefäfse enthalte zweifellos zahllose Leprabazillen. Er habe auch in Blutgefäfsen Endothelzellen gesehen, aus welchen gerade ein Bazillenhaufen in das Gefäfslumen austrat. Wenn ein Bazillenhaufe in einer Endothelzelle wachse, so müfste diese schliefslich bersten, und die Bazillen würden frei in das zirkulierende Blut gelangen.

31. Herr Touton: **Beitrag zur Lehre von der Acne necrotica.**

Boeck hat durch die mikroskopische Untersuchung der herausgefallenen Schorfe bei Acne necrotica sehr interessante Aufschlüsse über den pathologischen Prozefs erhalten. Er erachtete jedoch die Untersuchung von in vivo excidierten ganzen Efflorescenzen mit ihrer Umgebung für notwendig. T. hat Gelegenheit gehabt, eine solche Untersuchung vorzunehmen.

Es wird ein Fall von Acne necrotica bei einem 45jährigen Ingenieur, der 23 Jahre in Indien sich aufgehalten hat, die Behandlung desselben, der Verlauf der Krankheit ausführlich beschrieben. — Die Therapie bestand abends in Einfettung mit 5%iger Schwefellanolinsalbe, morgens in Abwaschung mit zentrifugierter Schwefelseife; täglich ein Schwefelbad mit folgender Einfettung von Schwefelsalbe. Arsenpillen à 0,0025 mit einer pro Tag beginnend und allmählich steigend. Der Erfolg war zufriedenstellend, wenn auch eine Heilung noch nicht erzielt war, als der Patient entlassen wurde. Zuletzt kam 10%iger Resorcinspiritus und Schwefelsalbe in Anwendung. Arsen mufste zeitweilig wegen Magenbeschwerden des Patienten ausgesetzt werden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung excidierter Stückchen mitgeteilt. — Die Präparate enthalten reichlich Haarbälge. Im Infundibulum eines Haarbalges findet sich zwischen den Hornlamellen eine grofse Ansammlung eines feinen, stellenweise in Ketten liegenden Coccus. Der wesentlichste Befund ist eine starke Rundzellenanhäufung mit Bindegewebszellenvermehrung (auch Mastzellen), entsprechend den tieferen Haarbalgpartien.

Von Mikroorganismen fand T. bei weitem überwiegend in den oberen Lagen des Schorfes und des angrenzenden Epithels, sowie im zentralen Haar einen meist in dicken Klumpen angeordneten Staphylococcus, ferner einen Tetradencoccus mehr im Zentrum der oberen Schorfpartien, aufserdem zwei Arten von Bazillen.

T. resumiert seine Untersuchungen dahin: Es handelt sich bei der Acne necrotica um eine in der Region der mittleren und tieferen Haarbalgpartien in der Cutis beginnende Entzündung, die weiter zu einer Blutstase, sodann nach teilweisem Zerfall der Entzündungsprodukte rasch zur trockenen Nekrose der befallenen Teile führt. Zu erforschen bleibt die Ätiologie der Krankheit, namentlich ob ein schädliches Agens aus dem Blute, oder ob die reichlich vorhandenen Mikroorganismen in ursächlichem Zusammenhange mit der Affektion stehen.

32. Herr Kromayer: **Beitrag zum feineren Bau der Epithelzelle** mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate.

Vrgl. Referat in den Monatsheften. Bd. XIV. S. 323.

33. Herr Ehrmann: **Über die Herxheimerschen Fasern in der Epidermis.**

Als Untersuchungsobjekte dienten Ehrmann:

1. die Haut eines wegen Phimose cirkumcidierten Negerpräputiums,
2. die breiten Kondylome und
3. die spitzen Kondylome.

E. konnte bezüglich der Färbung der Fasern Folgendes feststellen:

Die Herxheimerschen Fasern färben sich um so sicherer, je weniger die Gewebsbestandteile Gelegenheit hatten, vor dem Einlegen in Gentianaviolett zu schrumpfen, und je mehr sie während der Entfärbung durch Anilinxylol schrumpfen können. — Das Bindegewebe entfärbt sich deshalb am langsamsten, weil es mehr Wasser enthält und folglich auch während der Entfärbung mehr Wasser abgiebt und schrumpfen kann. E. hält deshalb die Färbung für einen mechanischen, physikalischen Vorgang, indem durch das Schrumpfen selbst der Farbstoff in den Gebilden festgehalten wird, während er nicht schrumpfende oder bereits geschrumpfte verläfst. Das Xylol ist nicht nur ein Verdünnungsmittel für das Anilin, sondern auch ein Schrumpfungsmittel für manche Gebilde und wird deshalb zum Festhalten des Farbstoffes in denselben beitragen. So mag vielleicht die spiralige Form mancher Fasern durch diesen Vorgang selbst künstlich erzeugt sein.

Es ist demnach auch nicht richtig, Bildungen, die sich mit derselben Methode intensiv färben, ohne weiteres alle für identisch zu erklären. Nach der Weigertschen Methode färben sich Gebilde, welche morphologisch von einander sehr verschieden sind.

1. Beim breiten Kondylom färben sich zweifellos Protoplasmen.

2. Es färben sich ferner protoplasmatische Fortsätze in der Negerhaut, und zwar einmal solche, welche von pigmenthaltigen, in der Basalschicht sitzenden, verzweigten Zellen bis nahe an die granulöse Schicht ausgesendet werden, und zweitens solche, welche von der kuppenförmigen Pigmentanhäufung in den Zellen der basalen und Stachelschicht der Epidermis ausgehen.

3. Es färben sich mit der Weigertschen Methode beim breiten Kondylom Protoplasmafortsätze, welche unmefsbar dünn sind, während die ersteren ziemlich breit waren.

4. Ziemlich dicke Fasern, ähnlich wie sie Eddowes beschrieben hat. Dieselben sind spiralig gewunden und laufen an ihren beiden Enden dünn aus. Ehrmann glaubt nicht, dafs diese Protoplasmen sind, eher könnten sie nach Eddowes' Annahme Fibrinfäden vorstellen.

5. Auch die Stachelfortsätze der Epidermiszellen, namentlich am breiten Kondylom, färben sich mittelst der Weigertschen Methode.

Eine sichere Deutung der Herxheimerschen Fasern vermag E. nicht anzugeben.

Diskussion.

Herr Herxheimer giebt nach Durchsicht der Kromeyerschen Präparate wohl zu, dafs auch Protoplasmafasern in denselben sich befinden, aber dieselben seien nicht die von ihm beschriebenen eigentümlich geschlängelten Fasern in den untersten Epidermisschichten. Auch der Auffassung von Eddowes kann H. nicht beistimmen, weil schon a priori nicht anzunehmen sei, dafs Fibrin normalerweise sich in der Epidermis vorfinde. An die Fortsetzung der Epidermisfasern in die Cutis glaubt H. nicht. Nach allem müsse er sagen, dafs bis jetzt eine wirkliche Deutung seiner Fasern noch nicht existiere.

Herr Jadassohn, der die Kromeyerschen Präparate von Breslau her kennt, vermag Kromeyer in der Deutung der Herxheimerschen Spiralen nicht beizupflichten. Er glaube, dafs Kromeyer manches für Herxheimersche Fasern ansehe, was dem typischen Bilde derselben nicht entspricht. Vielfach liege eine Verwechselung der Spiralen mit Zellkonturen vor. — Ansprechender als die Kromeyersche Hypothese ist J. die Fibrinhypothese von Eddowes. Er halte dieselbe indessen auch nicht für einwandsfrei. Aus diesem Grunde müsse er Herxheimer zugeben, dafs eine definitive Deutung seiner Fasern noch nicht gelungen sei.

34. Herr Winternitz: **Versuche über Hautresorption.** Vrgl. Referat in dieser Zeitschrift. Bd. XIV. pag. 40. 425.

35. Herr Galewsky: **Ein einfaches Verfahren zur Herstellung von Hautphotographien** (zur Erklärung der von der Dermatologischen Klinik zu Breslau ausgestellten Photographien).

Die ausgestellten Bilder sind Stereoskop-Photographien.

G. und Dr. Röhmann haben im Juliheft 1890 ursprünglich für die Mikrophotographie, dann auch für die Personenaufnahme ein Pulvergemisch angegeben, das ohne Apparat, auf einer Blechplatte (Kohlenschaufel etc.), ja auf der Hand abgebrannt werden kann, das nie versagt und bei intensiver Lichtstärke, bei totaler Verbrennung eine erheblich kürzere Verbrennungsdauer ($^1/_{20}$—$^1/_{40}$ Sekunde) besitzt als die von Prof. Schirm hergestellten Magnesiumblitzlicht-Pustapparate. Die unter Anwendung des Gemisches hergestellten Bilder — sämtlich Momentbilder — sind aufserordentlich scharfe.

Das Gemisch besteht:

1. aus dem eigentlichen Blitzpulver (13,8 Teile wasserfreies überchlorsaures Kalium und 9,6 Teile Magnesium innig gemischt);
2. aus dem Zündsalze (1 Teil Milchzucker und 3 Teile chlorsaures Kalium).

Beide Gemenge sind nicht explosibel, müssen aber getrennt in gut verkorkten Getäfsen (Glasflaschen) aufbewahrt werden.

G. giebt im Folgenden ausführlich das Verfahren für die Herstellung der Bilder an. Es kommt im Beginne darauf an, die richtige Blende und die richtige Menge Pulver herauszufinden, dieselbe ist dann für sämtliche Aufnahmen gleich und vom Tageslicht ganz unabhängig. Hat man die richtige Menge des nötigen Blitzlichtes gefunden, so empfiehlt es sich, aus dem Gemenge Patronen vorrätig zu halten. Aus feinstem Karton angefertigte kleine cylindrische Patronenhülsen werden mit Blitzpulver gefüllt; auf dieses kommt oben eine Priese Zündsalz, hierüber eine kleine Schicht Schiefsbaumwolle, welche den oberen Rand des mit dünnem Florpapier überdeckten Cylinders an einer Stelle überragt. Die Patronen können in der Hand abgebrannt werden.

Zu Demonstrationszwecken empfiehlt G. besonders die Stereoskop-Bilder. Dieselben bewähren sich nicht nur bei stark plastischen Objekten wie Tumoren, prominierenden Papeln etc., sondern vorzüglich auch bei Faltenbildungen, Schuppen, diffusen Schwellungen etc. Die in der Breslauer Klinik verwendeten Stereoskopenapparate sind vom Optiker Fiedler, Breslau, Albrechtstrafse 70, zu beziehen.

C. Berliner-Aachen.

(Schlufs folgt.)

In der Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin (Sitzung vom 28. Juli 1892, *Allg. med. Centr.-Ztg.* 1892, No. 62) demonstrierte Lewin mehrere Fälle.

1. Einen Fall von **Pityriasis rosea,** der mit syphilitischem Exanthem verwechselt werden kann.

2. Ein junges Mädchen mit **Hemmungsmifsbildung mehrerer Finger.** Die betreffenden Finger sehen aus wie Kinderfinger, angesetzt an die Hand eines Erwachsenen. Der vom Vortragenden vorgeschlagene Ausdruck „Akromikrie" (im Gegensatz zur Akromegalie) pafst nicht, da es sich um eine Entwickelungshemmung handelt.

3. Einen jungen Mann mit **Cysticerken der Haut.** Die erbsengrofsen Tumoren sind rund, glatt, verschieblich; ein Exsudat, wie ein schwanzartiger Anhang, zeigt den Weg, den der Cysticerkus genommen. Auch die Cysticerken des Gehirns wandern, daher der wechselnde Symptomenkomplex, den sie hervorrufen. Die Cysticerken stammen nach L.s Ansicht von dem Bandwurm, den der Betreffende selbst beherbergt (Autoinfektion).

4. Einen Fall von **Cutis laxa,** der in Berlin Schaustellungen giebt; der Mann kann die Brusthaut bis vor die Stirn ziehen und so das Gesicht bedecken; auch legt er sie auf den Objekttisch eines Mikroskops, so dafs man die Blutzirkulation direkt beobachten kann. Lewin vermutet normale Beschaffenheit der Haut bei mangelhafter Anheftung an die darunter liegende Fascie. *F. Hahn-Bremen.*

Auf dem 21. Kongrefs der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (mitgeteilt *Deutsche med. Wochenschr.* 1892, No. 32) sprach Schuchardt über die **Übertragung der Tuberkulose durch den geschlechtlichen Verkehr.** Primäre tuberkulöse Affektionen der äufseren Genitalien sind selten, man nimmt eine Blutinfektion auf dem Grunde von venerischen Erkrankungen an. Es kommen Mischinfektionen von Schankergift und Tuberkulose vor (ein Fall wies neben einem Ulcus eine tuberkulöse Hodenschwellung auf, ein junges Mädchen hatte neben einer Beckentuberkulose „Ulcera mollia", in deren Sekret Vortragender Tuberkelbazillen fand, mit Sicherheit von Smegmabazillen unterschieden). Mischinfektion von Gonorrhoe und Tuberkulose ist auch nicht selten (fistulöse Nebenhodentuberkulose im Anschlufs an Gonorrhoe, Prostataabscefs nach Gonorrhoe); von sechs Fällen von anscheinend gewöhnlicher Gonorrhoe fanden sich bei zweien Tuberkelbazillen.

Vortragender nimmt einen gonorrhoisch-tuberkulösen Katarrh an, der nicht zu Geschwürsbildungen führt.

Küster hat einen **stenosierten Harnleiter** in das Nierenbecken eingepflanzt; es war vorher eine Hydronephrose eröffnet, und seitdem ging kein Tropfen Urin auf normale Weise ab. Wenige Stunden nach der Operation gingen 250 ccm blutigen Urins durch die Harnröhre ab, allmählich mehr, nach Schlufs der Fistel die Gesamtmenge.

Trendelenburg berichtet über einen ähnlichen Fall.

Alsberg hat in einem Falle, wo nach Operation der Hydronephrose sämtlicher Urin durch die Fistel abging, den Ureter mit einer dünnen Bougie **sondiert;** wenige Tage später stellte sich die normale Harnabsonderung ein.

Senger stellte eine Patientin mit **multipler Hautgangrän** vor. Im Anschlufs an einen Nadelstich in die linke Brustdrüse traten viele kleine gangränöse Stellen der Haut auf, die nach 24 Stunden ihren Schorf abstiefsen, spontan verheilten, um bald von neuem aufzubrechen; bald war die ganze linke Brust von Geschwüren bedeckt. Vortragender exstirpierte die ganze befallene Haut und deckte die Wunde teils durch Hautverschiebung, teils durch Thierschsche Transplantationen. Zunächst Heilung, doch nach 3—4 Wochen stiefsen sich die Läppchen nekrotisch ab, Heilung durch Granulation, bald traten neue Brandherde auf. Senger nimmt eine zentrale nervöse Störung an (Impf- und Züchtungsversuche, sowie mikroskopische Untersuchungen sprachen gegen Tuberkulose, Lues oder Lepra), besonders da die Patientin

Ameisenkriechen, taubes Gefühl und eine bedeutende Herabsetzung der Empfindlichkeit am Thorax aufweist. Es sind 5—6 ähnliche Fälle beschrieben, der erste von DOUTRELEPONT, der letzte aus NEISSERS Klinik; in diesem fand sich bei der Sektion Syringomyelie. *F. Hahn-Bremen.*

Besprechungen.

Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten, von W. BEHRENS. (Braunschweig 1892, Harald Bruhn.) 2. Auflage. Die zweite Auflage ist infolge der vielen neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der Mikroskopie in den letzten fünf Jahren wesentlich erweitert, so dafs das Werk sich völlig umgearbeitet darstellt. Die Zahlentabellen (Mafse, Gewichte etc.) sind unverändert. Die folgenden Tabellen enthalten Fixierungs-, Konservierungs-, Einbettungs- etc. Mittel. Verfasser hat die Rezepte ebenso wie die der folgenden zahlreichen Tabellen der verschiedensten Färbemittel möglichst genau, nach eigenen Versuchen, mitgeteilt. Neu sind die Tabellen für mikrochemische Reaktionen, für botanische und mineralogische Untersuchungen.

Jedenfalls verdient das sauber ausgestattete Buch die Beachtung eines jeden, der mikroskopische Studien treibt, und wird sich bald bei jedem, der es benutzt, wegen der exakten tabellarischen Zusammenstellung beliebt machen.

F. Hahn-Bremen.

Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, ein kurzgefafstes Lehrbuch, von ERNEST FINGER. 3. Auflage. (Franz Deutike, Wien und Leipzig, 1892.) Vox populi, vox dei! Ein Buch, das drei Auflagen schon erlebt, hat seine Existenzberechtigung zahlenmäfsig bewiesen, bedarf keiner Befürwortung und spottet jeden Tadels. Ich kann mich also darauf beschränken hervorzuheben, dafs F. dieser Auflage doch einen neuen Charakter gegeben hat, indem er in dem Buche seine in dieser Zeitschrift wiederholt erörterten Ansichten über das Verhältnis der Syphilis zu den Lehren von der Infektion und Immunität voll und ganz zum Ausdruck brachte. Seine Theorie, die ja zweifellos anfechtbar ist, und es so lange bleiben wird, bis wir den Infektionsträger der Syphilis kennen und züchten gelernt haben werden, führt F. mit gröfster Konsequenz durch; das Buch erhält dadurch ein eigenartiges Gepräge. Wenn F. dabei das Theoretische und Hypothetische durch kleineren Druck kennzeichnet, so wird ihm der in dem Buche Rat holende Praktiker jedenfalls dafür dankbar sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis des Nervensystems, von Dr. GAJKIEWICZ. (Paris, Baillière et Fils, 1892.) Das Werk umfafst eine pathologisch-anatomische Übersicht des Nervensystems überhaupt, dann die Symptomatologie der durch Lues gesetzten Veränderung im Gehirne und dessen Anhängen im Rückenmark und den peripheren Nerven. Folgen dann Abschnitte über Diagnose, Prognose, Therapie.

Das neugebildete luetische Gewebe ist entweder ein circumskriptes (Gumma) oder diffuses und befällt in letzterem Falle gröfsere Strecken der Meningen und Gefäfse (Lepto- und Pachymeningitis, Arachnitis, Arteriitis und Phlebitis syphilitica). In pathologisch-anatomischem Sinne sind beide Arten der Neubildung gleichwertig, indem sie aus einer kleinzelligen Infiltration mit abnormer Gefäfsentwickelung bestehen.

Die viel diskutierte Frage von der syphilitischen Natur der Tabes dorsalis läfst G. unentschieden, giebt aber an, dafs ca. 90 % seiner Tabetiker Lues durchgemacht hatten. Dagegen fand er, dafs Tabes bei Frauen, sowie der jüdischen Rasse, trotzdem sie ebensooft von Lues affiziert werden, relativ selten vorkomme.

Abgesehen vom kasuistischen Teile bringt das Werk wenig Neues.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Mitteilungen aus der Litteratur.

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria, von Dr. Herzfeld. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, No. 34.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 20. Juli stellte Herr H. zwei Brüder vor, welche an derselben, sehr seltenen und eigentümlichen Hautaffektion leiden. Der jüngere besonders zeigt dieselbe in ausgesprochenem Mafse. Er ist Schlosser und klagt, dafs bei ihm auf leichte Stöfse und mechanischen Druck Blasen auf der Haut entstehen, was ihm natürlich bei seinem Gewerbe hinderlich ist. Die Affektion ist viermal beschrieben worden, zum ersten Male 1882 von Goldscheider. Dieselbe ist in der Familie erblich, exazerbiert im Sommer und erscheint regelmäfsig auf mechanische, nicht auf chemische Weise. Auch andere Geschwister der beiden Brüder leiden an derselben Affektion. Sie zeigt sich hier insofern etwas verschieden, als sie nur an Händen und Füfsen auftritt und kompliziert ist mit Hyperidrosis, was nicht von anderen hervorgehoben ist. Auch die Nägel sind verändert, es zeigt sich ein unregelmäfsig verdickter Rand an denselben. Therapeutisch ist wenig bisher zu machen gewesen. Arsenik war ohne Erfolg.

L. Hoffmann-Berlin.

Einige Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring und Bemerkungen über die Ätiologie derselben, von G. T. Elliot. (*New York Med. Journ.*, 28. Mai 1892.) An der Hand von acht ausgesprochenen Fällen weist Verfasser in seiner interessanten Arbeit nach, dafs eine Gleichgewichtsstörung des Nervensystems entschieden als ein prädisponierendes Moment bei der Entstehung dieses Leidens gelten mufs. Bei allen den geschilderten Fällen (sechs neue, zwei bereits publiziert) war entweder ein von Haus aus nervöses Temperament vorhanden gewesen, oder es hatten besondere äufsere Einwirkungen (Geschäftssorgen, Überanstrengungen etc.) die betreffenden Patienten geschwächt. Dementsprechend trat eine Heilung nur ein, wenn diese Kausalmomente entfernt werden konnten. Von medikamentöser Behandlung empfiehlt Verfasser am meisten, das Ichthyol in Lösung (2—2,5) mit Ol. amygd. dulc. und Aq. calcis (āā 2,0) mehrmals täglich einzureiben.

Philippi-Nieheim.

Dermatitis herpetiformis, von Jamieson. (Edinburg 1891, Oliver & Boyd.) Verfasser fafst zunächst die Definition von Dermatitis herpetiformis zusammen auf Grund der Publikationen Duhrings, Unnas und anderer Autoren. Vier Momente sind charakteristisch: 1. Die Polymorphie der Eruption; 2. die begleitenden Parästhesien; 3. der chronische Verlauf mit der Tendenz, anfallsweise aufzutreten; 4. die geringe Beeinflussung des Allgemeinbefindens. Von vielen Autoren wird Herpes gestationis zur Dermatitis herpetiformis gerechnet; auch Impetigo herpetiformis gehört wohl hierher und ist als pustulöse Form aufzufassen. Verfasser beschreibt

dann drei Fälle von Dermatitis herpetiformis bei Erwachsenen, welche die verschiedene Form des Auftretens illustrieren; auch einen Fall bei einem kleinen Kinde hat er beobachtet, ferner einen, der der Hydroa vacciniformis (Bazin) gleicht; eine dritte Form nähert sich Kaposis Xeroderma pigmentosum und Hutchinsons „Summer-prurigo". Verfasser betont, dafs die Erkrankung sich hauptsächlich beim männlichen Geschlecht findet, auch in der Jugend. Man betrachtet sie entweder als Trophoneurose, oder als Autointoxikation mit Leukomainen; in einem Fall wurden durch Fleischnahrung die Anfälle hervorgerufen. Jodkalium verschlimmert ebenfalls. Es folgt dann die Differentialdiagnose, besonders gegen Pemphigus. Manche als Pemphigus beschriebene Fälle gehören wohl hierher. Die Therapie ist wenig befriedigend: Arsenik, milde Bäder und Waschungen führen Heilung herbei, verhüten aber nicht die Rückfälle.

F. Hahn-Bremen.

Akute Exantheme.

In *La Presse médicale Belge* (No. 34. 1892) werden von Dumont 2 Fälle von **Masern** mitgeteilt, welche das Besondere darbieten, dafs das Prodromalstadium volle 7 Tage gedauert hat. Der eine derselben war aufserdem, wie wenigstens mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, mit Scarlatina kompliziert.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Mikroparasiten des Flecktyphus, von Professor S. Lewaschew. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1892. No. 34.) Einer in No. 13 veröffentlichten vorläufigen Mitteilung läfst Verfasser jetzt die genaueren Angaben über seine bakteriologischen Untersuchung bei Flecktyphus folgen:

Impfte L. Serumagar, hergestellt aus Ascitesflüssigkeit mit dem unter allen Kautelen aus der Milz oder der Fingerspitze entnommenen Blute, dann entstand im Brütschrank ausschliefslich in der Tiefe des Agar ein graues Wölkchen nach 1 bis 6 Tagen; bei Zimmertemperatur blieben die Gläser steril. Die Kultur bestand aus kleinsten Kokken von 0,2—0,5 μ, die meistens einzeln, selten paarweise oder kettenförmig angeordnet gefunden wurden.

Während des ganzen Krankheitsverlaufes vor Anfang des Temperaturabfalls, selten noch später konnte man diese Kulturen erhalten. — Mit und auch ohne die Löfflerschen Färbungsmethoden konnte man an den Kokken lange Fäden, die der Lokomotion dienen, wahrnehmen; es ist also ein Cocco-Spirillum. — Dieselben Gebilde konnte L. im frischen Blute feststellen; zur Fixierung derselben speziell unter Erhaltung der Geifseln eignet sich Fixierung mit 2—3 % Osmiumsäurelösung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blutbefunde bei Masern, Scharlach, Pocken. Autorreferat über einen im physiologischen Verein zu Kiel am 16. Mai gehaltenen Vortrag von Dr. Döhle. Eine weitere Untersuchung von Masernblut bestätigte die in der Sitzung des physiologischen Vereins vom 30. November 1891 mitgeteilten Befunde. Die Untersuchungen wurden vorgenommen sowohl an frischem Blute, als an Trockenpräparaten. Bei Masernkranken finden sich im Blute runde Gebilde, die einen hellen Protoplasmahof und dunkleren, zentral gelegenen Kern haben. Dieselben liegen in den roten Blutkörperchen und aufser ihnen; sie machen mehr oder weniger lebhafte Bewegungen, die eine Geifsel vermuten lassen. Ebenso, nur durch trägere Bewegungen, fallen Körper mit hellem Hof und zwei dunkleren, manchmal etwas länglich gestalteten Kernen auf. Die Gestalt des ganzen Organismus ist oval. Dieselben lassen sich auch in gefärbten Präparaten nachweisen. Man findet hier bei Färbung mit Gentianaviolett und Orange die Kerne violett gefärbt, den Hof wenig oder gar nicht gefärbt, die

roten Blutkörperchen gelb, bei Geifselfärbungsmethoden den Hof und anliegende Geifseln gefärbt. Weiter finden sich gröfsere Formen, die in hellem scharf umschriebenen Hof die Kerne von Linsenform haben, und an diesen kann man an einzelnen schon Einkerbungen oder unvollständige Teilungen erkennen. Endlich sieht man, dafs die Gebilde noch gröfser werden und in einem ebenfalls hellen Hof 4 Kerne liegen, die mit geraden Flächen einander zugekehrt und durch helle Teilungslinien getrennt sind; die dem Rande zugekehrten Seiten sind in der Form der ovalen Begrenzung des Hofes gebogen. Stäbchenförmige Organismen wurden nicht gefunden.

Im Blute Scharlachkranker finden sich ebenfalls geifselführende, sich bewegende Organismen. Dieselben sind meist gröfser als im Masernblut, lassen im frischen Präparat einen deutlichen Kern gewöhnlich nicht erkennen, wohl aber eine kurze gebogene Geifsel, die häufig am Ende eine kleine glänzende Anschwellung zeigt. Aufserdem sieht man gröfsere protoplasmatische Körper von äufsert zartem gekörnten Bau, in denen häufig Pigmentkörner liegen. Auf dem geheizten Objekttisch kann man an ihnen gelegentlich Bewegungen wahrnehmen, die im wesentlichen in Kontraktionen des Protoplasma bestehen und eine Gestaltsveränderung derselben bedingen. An gefärbten Präparaten, und es eignet sich hierzu, wie bei Masern und Pockenblut, auch Methylenblau in wässeriger Lösung von saurem, schwefelsaurem Kalium kann man wiederum ein- und zweikernige Gebilde mit Hof konstatieren, und weiterhin die gröfseren protoplasmatischen Gebilde in verschiedenen nicht scharf umgrenzten Formen sehen. Es färbt sich der ganze Körper blau, besonders dunkel aber tritt eine das ganze Gebilde einnehmende Körnung hervor, die manchmal zu in verschiedenster Weise verschlungenen Fäden angeordnet ist.

In einem Falle von Pocken konnte das Blut am 5. Tage nach den ersten Krankheitserscheinungen, am 3. Tage nach dem deutlichen Ausbruche des Exanthems entnommen werden. Es fanden sich im frischen Blute sich bewegende Organismen. An ihnen konnte man einen Körper und einen Fortsatz unterscheiden. Der Körper hatte einen eckig begrenzten Hof und einen oder zwei dunklere Kerne; an ihm befand sich eine lange gebogene Geifsel, die den Fortsatz einer Ecke bildete. Aufserdem fanden sich gröfsere mit Hof und gröfseren, nicht scharf umschriebenen Kerngebilden versehene Organismen, die einen stark spiralig gebogenen Fortsatz hatten. Dieselben führten nur geringe Bewegungen mit Ortsveränderung nach vor- und rückwärts aus. In einem Falle wurde gesehen, wie während der Zeit der Beobachtung eine Trennung zwischen dem Leib und dem spiraligen Fortsatze eintrat. Dann fanden sich gröfsere protoplasmatische Körper, die in einem zarten Protoplasma in Linien aneinandergereihte hellere Körner erkennen liefsen; dieselben machten in der Wärme Kontraktionsbewegungen, die zu Gestaltsveränderungen führten. Die Gröfse derselben war geringer als die der roten Blutwellen. Diese fanden sich spärlich am ersten Tage der Entnahme des Blutes, reichlicher, während geifselführende nicht mehr gesehen wurden, vier Tage später. Nach weiteren zwei Tagen waren auch diese nicht mehr aufzufinden.

Bei Färbung am Trockenpräparat färben sich die oben genannten Gebilde mit dunklen Kernen, matt gefärbtem Hof und ebenso gefärbter Geifsel. Aufserdem sieht man, dafs manchmal der ganze Körper mit Anhang gleichmäfsig gefärbt ist und auch, dafs an etwas birnförmig gestalteten Gebilden eine intensiv sich färbende Protoplasmamasse sichelförmig mit dem konvexen Rande nach der Geifselstelle zu liegt.

Auch die anderen oben geschilderten Gebilde färben sich different, indem die Kerne dunkler, das umgebende Protoplasma heller gefärbt ist, oder auch in mattgefärbtem Protoplasma dunklere verschlungene Partien vorhanden sind. An grofsen, mehr gleichmäfsig gefärbten Gebilden konnte man auch gelegentlich mehrere Fort-

sätze sehen. Stäbchenförmige Gebilde, die einigemal zu Gesicht kamen, sind wohl als abgelöste Geifseln zu betrachten. Im Pustelinhalt fanden sich den oben beschriebenen geifselführenden gleiche Organismen, die mit einem oder mehreren Fortsätzen, oder auch ohne Fortsatz gesehen wurden. Da diese Protoplasmakörper dem Blute normal nicht angehören, dürfte es sich um die verschiedenen Entwickelungsstufen entsprechenden Formen parasitärer Organismen handeln, die, jede einzelne Art für sich, als die Erreger von Masern, Scharlach und Pocken anzusehen sind.

(Aus *Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holstein. Ärzte 1892.*)

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über parasitäre Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des parasitären Ekzems, von P. J. Eichhoff. (*Deutsch. Med. Ztg.* 1892. No. 52.) Die parasitären Ekzeme sollten besser als Dermatitides parasiticae von den Ekzemen getrennt werden; dieselben als Eczemata seborrhoica zu bezeichnen, weil sie eine Vorliebe für seborrhoische Haut haben, ist nicht angebracht. Der trockene, desquamative Charakter ist charakteristisch für parasitäre Dermatitis; erst wenn diese tiefer greift, führt sie zu heftigeren Reizerscheinungen. Die weiteren Ausführungen, sowie die ziemlich allgemein gehaltenen therapeutischen Angaben bieten nichts Bemerkenswertes, wenn man von der Hervorhebung der Dermatitis psoriatiformis im Gegensatz zur Psoriasis absieht. (Ob die Bezeichnung „Dermatitis“ für diese doch, wie E. selbst angiebt, in den oberflächlichsten Schichten sich abspielende Affektion geeignet erscheint, ist doch fraglich. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Was ist Ekzem? von H. L. Roberts. (*Liverpool Med.-Chir. Journ.* Juli. 1891.) Die noch immer nicht ganz klargelegten Ursachen des als Ekzem bekannten Hautleidens sucht Verfasser durch exakte Untersuchungen, nicht durch vage Spekulationen aufzudecken. Er berücksichtigt dabei 1. die Haut in ihren Eigenschaften eines lebenden und hoch differenzierten Gebildes und 2. die auf dieselben einwirkenden Schädlichkeiten, welch' letztere sowohl a) von aufsen nach Durchdringen der Epidermis auf die eigentliche Cutis gelangen, als auch b) durch den Blutstrom und c) durch die Nerven übermittelt werden können. Der Grund, weshalb gewisse Agentien das eine Mal ein Ekzem erzeugen, das andere Mal oder bei einem anderen Individuum nicht, ist (und bleibt wohl) unbekannt, denn mit dem Ausdruck „verminderte Resistenzfähigkeit“ u. dergl. ist eigentlich nichts gewonnen. Der ganze Prozefs des Ekzems stellt einen natürlichen Vorgang dar, bei dem die Zellen der Cutis die Entfernung des schädigenden Agens in möglichst zweckmäfsiger Weise herbeiführen. Demgemäfs mufs auch die Therapie darauf hinzielen, 1. die Haut zu sterilisieren, 2. die neu entstehenden Flüssigkeiten und Zellen zu beseitigen, 3. die entblöfste Haut zu schützen und die Entwickelung einer neuen Hornschichte zu fördern. Dies läfst sich alles, wenn man den eigentlichen Zweck der Behandlung im Auge behält, durch einige wenige Mittel erzielen, ohne auf die zahllosen Verordnungen der Rezeptbücher zurückgreifen zu müssen. *Philippi-Nieheim.*

Die parasitische Natur der Psoriasis und deren Behandlung mit Quecksilberpräparaten, von E. D. Mapother. (*The Brit. Med. Journ.* 1891. *Allg. med. Centralztg.* 1892. Nr. 50.) Das ätiologische Moment der Psoriasis sieht Verfasser in einem Mikrobion vegetabiler Natur, das anaërob zu sein scheint. Zur Behandlung empfiehlt er die von Hutchinson angeratene Verbindung von weifsem Präzipitat und Chrysarobin

äuſserlich und Quecksilber allein innerlich, da dasselbe gleich dem Arsen durch die Haut ausgeschieden wird und die kapillaren Blut- und Lymphgefäſse durchdringe, in denen man den Sitz der Mikrobien voraussetzen kann; die Eliminationseigenschaften des Quecksilbers unterstützen die Wirkung. Recidive sind bei der Merkurbehandlung viel selterner. Innerlich giebt Verfasser allabendlich 0,2 der Blue pills durch 6 bis 8 Wochen; gewöhnlich ist der Ausschlag in 6 Wochen beseitigt. Die Donovansche Lösung wirkt auch durch den Quecksilbergehalt, da in 20 Tropfen 0,01 Hydrarg. bijodatum enthalten sei. Hospitalkranke behandelt Verfasser nach Entfernung der Schuppen mit grauer Salbe und hält sie zu Bett, damit sie in dieser vom Metall geschwängerten Atmosphäre verbleiben. Für Privatkranke ist auch Hydrarg. ammoniacale 1 : 7—14, eine Mischung von Lanolin und Vaselin äuſserlich, Protojodid innerlich geeignet; Bäder mit Sublimat und Ammonium muriaticum leisten gute Dienste. Zur Verhütung der Recidive tägliche Bäder und eine aus Vegetabilien (mit Ausschluſs der Hülsenfrüchte) bestehende Diät, wodurch die Entwickelung des Keratins beschränkt werden soll, das bei Psorisasis in excessiver Weise erzeugt wird. (Ob bei Psorisasis eine vermehrte Keratinbildung wirklich besteht? Ob nicht bei der gesteigerten Bildung und Abstſosung der Oberhautzellen bei diesen nur eine Eintrocknung, nicht eine Verhornung statt hat? Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von akuter Dermatitis während einer Influenzaepidemie, von G. S. Taylor. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1892.) Ein 45jähriger Hafenarbeiter mit Geschwüren an der linken Tibia und dem rechten Oberarm und konsekutiver Dermatitis der Umgebung der letzteren wurde auf einem Saal aufgenommen, wo sich Influenzakranke befanden. Nachdem er sich anfangs gut gebessert hatte, trat plötzliches Fieber, Delirium und eine akute, allgemeine Dermatitis des ganzen Körpers mit Ausnahme des Kopfes und des Gesichts hervor. Starke Desquamation, massenhafte Sekretion blutigen Serums mit Borkenbildung und stellenweise Schwellung; blutige, schleimige Diarrhoe. Heilung unter tonisierender Behandlung nach etwa 14 Tagen bis auf die Schwäche. T. hält den Einfluſs des Influenzagiftes bei diesem Falle für so gut wie erwiesen. *Philippi-Nieheim.*

Die Bäderbehandlung der Ekzeme, von Arnsler sen. (*Correspondenzbl. f. Schw. Ärzte.* 1892. No. 13.) Verfasser, ermutigt durch die Lassarsche Befürwortung der Bädertherapie bei Ekzemen, tritt für die Anwendung der warmen Bäder, speziell der Schwefelbäder bei diesem Hautleiden ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Psoriasis; poliklinischer Vortrag von Dubois-Havenith. *La Policlinique.* 1892. No. 6.) Vortragender macht seine Zuhörer aufmerksam auf die bekannten Übelstände, welche der Chrysarobintherapie anhaften. Die Miſserfolge bei derselben seien zum gröſsten Teile auf Rechnung der Nachlässigkeit resp. Bequemlichkeit der Patienten zu schreiben; deshalb soll die Kur nur unter der Aufsicht eines Arztes oder vertrauter Personen geschehen. Ihre Schwierigkeiten biete die Behandlung ferner, wenn Hände, Kopfhaut und Gesicht befallen sind. Der Vortragende kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Psoriasis ist eine Krankheit sui generis, die Bezeichnung Psoriasis linguae und Psoriasis syphilitica daher unpassend.

Ätiologie und Pathogenese derselben sind noch sehr dunkel.

Es besteht keine Behandlungsmethode, die fähig wäre, Recidive zu verhüten.

Das Arsenik ist kein Specificum gegen Psoriasis; ebensowenig das Jodkalium.

Der Lokalbehandlung kommt die erste Rolle zu bei der Psoriasistherapie.

Das Chrysarobin ist das vorzüglichste antipsoriatische Mittel; dann komme das

Pyrogallol, der Teer, das Naphtol und das weifse Präzipitat, deren Wahl von der Empfindlichkeit der Haut und der Stellung des Patienten abhängen.

Gewisse Fälle von Psoriasis trotzen jeder Therapie.

Wenn die Psoriasis auch keinen Einflufs ausübe auf das Allgemeinbefinden, so könne sie doch in allgemeine exfoliative Dermatitis übergehen und so einen tötlichen Ausgang nehmen. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Ein Fall von universeller Pityriasis rubra, von O. C. Mc Nary. (*Med. Bull.* März 1892. Vol. XIV. No. 3.) Der 49 jährige Patient bemerkte zuerst im Jahre 1878 einen schuppigen Ausschlag an beiden Knien. Die mechanische Ablösung der Schuppen hinterliefs eine hellrot gefärbte Haut an diesen Stellen. Im Jahre 1883 war die Affektion universell geworden. Seit 1887 ist er unter Behandlung des Verfassers, und es ist der Zustand unverändert geblieben. Patient leidet sehr von unerträglichem Jucken und Stechen durch die Schuppen. Moorbäder haben einige Linderung gewährt. *Philippi-Niehcim.*

Erysipel im Anschlufs an eine schwere Glossitis-Heilung, von Rendu. (*France médicale.* 1892. No. 3.) Bei einem 23 jährigen Manne tritt mit Schüttelfrost und hohem Fieber eine enorme Schwellung der Zunge ein, an die sich am 5. Tage, als die Schwellung bereits zurückging, ein vom Mundwinkel ausgehendes Erysipel anschliefst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *der Cutis.*

Über eine noch nicht beschriebene parasitäre Erkrankung des Fufses, von Gémy und H. Vincent. Varietät des Pied de Madura? (*Annales de Derm. et de Syph.* 1892. S. 577). Am 2. Januar 1891 liefs sich ein 40 jähriger Arbeiter in das städtische Krankenhaus zu Algier aufnehmen. Vor etwa zehn Jahren bemerkte er zuerst an der rechten Fufssohle, da, wo die Hacke in die Fufswölbung übergeht, eine erbsengrofse Geschwulst, über deren Entstehung er keine Rechenschaft zu geben weifs. Sehr bald gesellten sich weitere ähnliche Tumoren hinzu, die nach einiger Zeit zu fluktuieren anfingen und auf Druck — von selbst platzten sie nie — eine serösblutige Flüssigkeit mit kleinen grauen Körnerchen entleerten. Dann fielen sie zusammen und heilten unter Hinterlassung einer etwas verfärbten und eingesunkenen Narbe. Es entwickelten sich dann immer wieder, in verhältnismäfsig langer Zeit, neue Knötchen, so dafs solche jetzt auf der ganzen Planta pedis, bis zu den Zehen, zu finden sind. Gleichzeitig haben der ganze Fufs und der untere Teil des Beins in allen ihren Bestandteilen, Knochen, Muskeln, Bändern u. s. w., eine Volumszunahme erfahren, von der nur die Zehen ausgeschlossen sind. Eine zunehmende Schmerzhaftigkeit der Tumoren verhinderte den Kranken am Gehen und Arbeiten und veranlafste ihn, das Krankenhaus aufzusuchen. — Läfst man das Bein unbekleidet liegen, so fängt der Fufs, aber nur dieser, an zu schwitzen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Knötcheninhalts erwiesen sich nun die oben erwähnten Körnchen als dichte Haufen von Zooglöa, die sich aus eng verfilzten, zarten Fäden zusammensetzte. Bei noch stärkerer Vergröfserung erkannte man lange, verzweigte und unregelmäfsig abgeteilte Stäbchen, die ihrer Morphologie nach zur Gattung Kladothrix gehörten.

Von allen den Medien, die die Verfasser zur Züchtung dieses Pilzes versucht haben, hat sich ihnen ein sterilisierter Heuaufgufs am besten bewährt.

Meerschweinchen und weifse Ratte erwiesen sich gegen den Pilz refraktär. Bei einem Kaninchen, dem etwas davon unter die Haut der Seite geimpft war, entwickelten sich zwei kleine erbsengrofse Knötchen. Hier scheint der Prozefs im langsamen Fortschreiten begriffen.

Den Rest der Abhandlung bilden teils differentiell-diagnostische Betrachtungen, die den Unterschieden zwischen diesem Kladothrix und den verwandten Arten der Farcinose, des Strahlenpilzes u. s. w. gelten, teils eine Untersuchung über die Identität des vorliegenden Krankheitsbildes mit dem von Roux (*Traité pratique des mal. des pays chauds.* Bd. III. S. 353) beschriebenen „Pied de Madura". Diese Identität wird von Gémy und Vincent als sehr wahrscheinlich hingestellt. Als einzige mögliche Therapie haben die Verfasser die Amputation ins Auge gefaſst; jedoch widersetzt sich der Kranke einstweilen noch diesem Eingriff. Daher wollen sie „warten, bis die Schmerzen so unerträglich werden, daſs der Kranke selber die Amputation verlangt".

Türkheim-Hamburg.

Über einen Fall von Gasabsceſs, von E. Levy. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1891. Heft 3 u. 4. *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1892. No. 10.) Aus einem Gasabsceſs des Oberschenkels, ausgehend von akuter Parametritis, züchtete L. anaërob neben spärlichen Kolonien von Streptococcus pyogenes einen in Agar Gas bildenden, kurzen Bazillus, der, in langen Ketten angeordnet, nach den üblichen Methoden, auch nach Gram, färbbar ist. Er wuchs nur bei Körpertemperatur und besaſs so kurze Lebensdauer, daſs er nicht über die erste Generation hinaus kultiviert werden konnte. L. hält ihn für den Urheber der Gasbildung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zum Studium der Filariakrankheit, von Moty. *Rev. de Chir.* 1892. No. 1. *Centralbl. f. allg. Path. u. patholog. Anat.* 1892. No. 10.) Der Verfasser konstatiert das bisher nicht bekannte Vorkommen von Filaria sanguinis hominum in Neu-Kaledonien, und daſs bei den entstehenden lymphatischen inguino-skrotalen Varicen die Lymphgefäſse durch Embryonen und ausgewachsene Individuen von Filaria sanguinis hominum dilatiert und in ihren Wandungen verdickt sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Lehre von der Identität des Streptococcus pyogenes und Streptococcus erysipelatis, von Stabsarzt Martin Kirchner. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* 1892. No. 24.) Zum Beweise der Identität des Kettencoccus pyogenes und Streptococcus erysipelatis führt Verfasser einen Fall an, bei dem eine Mandelentzündung und eine Kopfrose sich fast gleichzeitig entwickelten. Der $20^1/_2$ Jahre alte Kanonier, wegen Lungentuberkulose in Tuberkulinbehandlung stehend, erkrankte an einer mit Belägen einhergehenden Mandelentzündung, als deren Ursache Streptococcus pyogenes nachgewiesen werden konnte. Am 4. Tage der Erkrankung gesellte sich dazu ein Gesichtserysipel; die erysipelatösen Blasen enthielten denselben Kettencoccus. Es könnte nun allerdings eine Doppelinfektion vorliegen, Verfasser glaubt aber, daſs es richtiger ist, beide Erkrankungen von einer Infektion mit demselben Mikroorganismus herzuleiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eiterkokken im Blute nach Panaritium, von A. Huber. (*Correspondenzbl. f. sch. Aerzte.* No. 14. 1892.) Bei einer 18jährigen Patientin mit einem Panaritium des rechten Daumens trat neben intensiven fieberhaften Allgemeinsymptomen eine scharlachähnliche Rötung von Zunge und Unterschenkel auf. Da ein Zusammenhang dieses Zustandes mit dem Panaritium angenommen werden konnte, übertrug H. aus der rechten, gesunden Hand Blutstropfen, sowie aus dem Panaritium Eiter auf Agar und Gelatine. Daraufhin wurde das Panaritium inzidiert und weiter behandelt. Gleich danach besserte sich der Zustand der Patientin, so daſs sie sich nach zwei Tagen völlig hergestellt fühlte. Alle mit dem Blute, sowie dem Eiter bespritzten Kulturen lieferten Reinkulturen des Staphylococcus pyogenes albus. Analoge Beobachtungen wurden seinerzeit von C. Brunner, sowie von v. Eiselsberg mitgeteilt.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über einen Fall von Granuloma fungoides, von A. MARIANELLI. (*Giorn. ital. delle malat. vener. e della pelle.* Fasc. II. 1892.) Der Fall ist der einzige, der innerhalb 7 Jahren an der Pisaner dermatosyphilidologischen Klinik beobachtet worden ist, und betrifft einen 14jährigen Knaben. Über den Körper verteilt — frei blieben Gesicht, obere Rumpfhälfte, Handteller und Fufssohlen — waren gleichzeitig verschiedene Arten von Efflorescenzen vertreten: 1. Papulo-vesikulöse, ähnlich wie bei Impetigo und Ekzem. Einige derselben waren von einem cyanotischen Hofe umgeben, andere auf breiten, teilweise konfluierenden blauroten Flächen entstanden. 2. Rosa-gelbliche Erhabenheiten, nicht scharf konturiert, quaddelähnlich, aber ohne geröteten Rand. Einige von diesen trugen an der Oberfläche kleine kugelige Bläschen mit serösem Inhalt; andere schienen mehr in der Tiefe der Cutis zu liegen. 3. Narbenartige Vertiefungen von blauroter Farbe (wie nach Furunkeln); dieselben waren der Sitz eines intensiven Pruritus. 4. Eigentliche knotige Bildungen (an den Beinen und Füfsen), wenig resistent auf Druck, unregelmäfsig oval geformt, in der Gröfse von circa einer Lira. Die Oberfläche derselben zeigte sich usuriert und ulceriert.

Das Allgemeinbefinden war dabei ein vorzügliches.

Der Fall zeigt auch hinsichtlich der Therapie das Interessante, dafs er durch subkutane Injektionen von Solut. FOWLERI (1:15, täglich 1/5—1 Spritze) vollständig geheilt wurde.

Derselbe wurde einer einläfslichen mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung unterworfen. Spezifische Mikroorganismen konnten auf keine Weise nachgewiesen werden.

Aus dem histologischen Befunde geht hervor, dafs die Affektion in der Cutis ihren Anfang nimmt und die Veränderungen im Epithel von sekundärer Natur sind. Die gebildeten Tumoren setzen sich aus Bindesubstanzzellen zusammen und sind den Granulomen zuzuzählen (nicht den malignen Neubildungen).

C. Müller-Freiburg (Schweiz.)

Das Chloralcamphor-Glycerin bei der Behandlung des Ulcus molle, von E. CAVAZZANI. (*Giorn. ital. della malat. vener. e della pelle.* Fasc. II. 1892.) Das neue Medikament besteht aus:

Chloral. hydrati 5,
Camphorae rosae 3,
Glycer. neutr. 25,

welche Mischung in der Weise hergestellt wird, dafs Camphor und Chloral im Mörser zu einer durchsichtigen Flüssigkeit verrieben werden, dann das Glycerin allmälich beigefügt und das Ganze bei 50—60° C. im Wasserbad erwärmt wird. Dieselbe mufs öfters frisch bereitet werden, da nach und nach der Camphor teilweise wieder ausfällt. Sie wird mittelst Glasstab morgens und abends auf das gereinigte Ulcus aufgetropft, dieses mit einer dünnen Wattelage bedeckt. C. hat als Militärarzt das Mittel in 26 Fällen angewendet und rühmt als Vorzüge: Verminderung bis vollständige Unterdrückung der Sekretion, Verminderung der entzündlichen Schwellung, Anregung einer lebhaften und rasch eintretenden Epithelproliferation.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Zur Impfung des einfachen Schankers, von L. R. COIGNET. (*Lyon. méd.* 49/91. *Dtsch. Med. Ztg.* 1892. No. 52.) Bei Impfung des Schankers auf den Träger soll man nur einen kleinen, oberflächlichen Einstich machen und entfernt von den Genitalien impfen. Wenn am folgenden Tage keine entzündliche Areola sichtbar ist, ist der Erfolg negativ; positiv sicher ist nur eine veritable Pustel, die man sogleich zerstören und zur Heilung bringen kann, ohne die Ulceration abzuwarten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Regressive Ernährungsstörungen.

Ist die Alopecia areata parasitären Ursprungs? Klinischer Vortrag von Dubois-Havenith. (*La Policlinique-Brüssel.* No. 10. 1892.) Nach Anführung einer Reihe von Beispielen, welche zum Teile für Kontagiosität, zum Teile für nervösen Ursprung der Alopecia areata sprechen, glaubt D. mit Besnier eine parasitäre und eine trophoneurotische Alopecia areata annehmen zu müssen, mit der Einschränkung jedoch, dafs die nervöse Theorie die parasitäre nicht direkt ausschliefst, indem auf dem Boden einer trophoneurotischen Störung sich eine Pilzvegetation um so leichter entwickeln kann. Jedenfalls müssen bei der genannten Affektion strenge prophylaktische Mafsnahmen, wie sie z. B. von Besnier der Pariser Académie de médecine vorgeschlagen wurden, zur Anwendung kommen, wenn auch die Gefahr der Übertragbarkeit nicht so bedeutend ist wie bei Trichophyton und Favus.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Féré hat mehrfach beobachtet, dafs **bei Epileptikern** unmittelbar nach einem **Anfall kahle Stellen auf dem Kopf** erscheinen, die von selbst nach Tagen bis Wochen wieder heilten. Dieses Vorkommen liefse sich für den trophoneurotischen Ursprung des Haarschwunds verwerten. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 252.)

Türkheim-Hamburg.

Thibierge bespricht in der *Semaine médicale* (1891. No. 53) die **Vitiligo.** Der Haarschwund bei dieser Dermatose ist im Gegensatz zur eigentlichen Alopecie nicht kontagiös; derselbe kann jahrelang bestehen, und es gelingt nur mit grofser Mühe, die Haare wenigstens teilweise wieder zu ergänzen; dieselben haben dann meistens eine andere Farbe als ihre Vorgänger. — Bei vielen Fällen angeblicher Alopecie handelt es sich vielleicht nur um Vitiligo mit Haarschwund. — Die Sensibilität ist bei der Vitiligo häufig herabgesetzt, steht aber mit den verfärbten Kreisen in keiner regelmäfsigen Beziehung. In den meisten, wenn nicht in allen Fällen bildet die Vitiligo ein erstes Symptom nervöser Erkrankungen, sei es peripherer, sei es zentraler Natur. (Referiert in *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 126.)

Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatus mit Gelenkaffektion, von L. Philippson (Unnas Klinik.) (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 35). Bei einer 42jährigen Patientin zeigen sich im Gesicht, auf dem behaarten Kopf, auf der Wangenschleimhaut, an den Ohren, an den Fingern Plaques, die mit Rötung und Ödem beginnen und unter Schuppenbildung und zentraler Atrophie abheilen. Allerdings sind die verschiedenen Eigenschaften der charakteristischen Plaque an differenten Körperstellen ungleichmäfsig entwickelt, aber stets sind es nur graduelle Unterschiede in der Beteiligung der beiden klinisch hervortretenden Veränderungen der Haut, der Gefäfs- und der Epithelveränderungen. Wo das Epithel besonders beteiligt ist, wie im Gesicht, da findet man die bekannten fettigen Schuppenauflagerungen mit ihren hornigen Fortsätzen in den erweiterten Follikeln. Wo die Epithelveränderung gering ist, da tritt die Gefäfsveränderung mehr in den Vordergrund, wie auf der Schleimhaut und an den Fingern. Daher das verschiedene Aussehen der Plaques im Gesicht und an den Fingern. In diesem Falle ist ferner noch eine Lokalisation an der Mundschleimhaut beobachtet worden. Während der Lupus erythematosus für gewöhnlich eine langsame Entwickelung innehält und durch peripheres Fortschreiten der einzelnen Plaques sich ausbreitet, tritt in selteneren Fällen die Affektion in zahlreichen über den Körper zerstreuten Flecken auf. Diese akuten Ausbrüche sind von Fieber, Gelenkschmerzen und -schwellungen, Knochenschmerzen, zuweilen auch von einer erysipelartigen intensiven Schwellung des

Gesichts begleitet. In diesem Falle bestand schon vor dem Auftreten des akuten Gelenkrheumatismus der Lupus in Form einer schmerzhaften Rötung und Schwellung der Nagelfalze, und breitete sich derselbe erst im Laufe von 1—2 Monaten in Form von zerstreuten Plaques über Kopf, Rumpf und Finger aus. *L. Hoffmann-Berlin.*

Cutis elastica, von A. H. OHMANN-DUMESNIL. (*Internat. Med. Mag.* April 1892.) Ohne Gelegenheit gehabt zu haben, die Affektion histologisch zu untersuchen, kommt Verfasser auf Grund seiner klinischen Beobachtungen zu dem Schlusse, daſs dieselbe auf einer Längenzunahme der Fasern des subkutanen Bindegewebes nebst einer Hypertrophie der elastischen Fasern der Haut beruhen muſs, und fordert zu eingehenderen mikroskopischen Untersuchungen auf. *Philippi-Nieheim.*

Drei Fälle von Gasgangrän, von WICKLEIN. (*Virchows Archiv,* Bd. 125, pag. 75. *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatom.* 1892. No. 10.) Bei drei Fällen von Gasgangrän fand Verfasser stäbchenförmige Organismen in den gangränösen Teilen und inneren Organen ähnlich den Rauschbrandbazillen und den Bazillen des malignen Ödems. Sie sind Anaëroben und bewirken besonders in Fleischpeptonagar Gasentwickelung; für Meerschweinchen sind sie infectiös, nicht für viele andere Tiere, zum Unterschied von den Bazillen des malignen Ödems.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ascococcus gangraenosus; Bericht über einen Fall von Gangrän nebst bakteriologischer Untersuchung, von BEVAN. (*Med. News.* 2. April. 1892.) Von einem 72jährigen Kranken mit seniler Gangrän des rechten Fuſses, der trotz der nach eingetretener Demarkation ausgeführten Amputation unter septischen Erscheinungen zu Grunde ging, hat Verfasser verschiedene Mikroorganismen gezüchtet, namentlich Kulturen von Kokken, welche ähnlich wie Streptococcus pyogenes waren, aber kleiner als diese, und ferner Kokkenhaufen in einer hyalinen, kreisrunden Kapsel eingeschlossen. Der Geruch, der von den Kulturen auf Agar ausging, erinnerte lebhaft an den charakteristischen Geruch von senilem Gangrän; die Impfung ergab bei einem Meerschweinchen ein positives Resultat. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Sklerodermie, von J. DUNN. (*New York med. Journ.* 26. März 1892.) Der Patient war ein 34jähriger Neger, der etwa in seinem 12. Lebensjahr ein kleines warzenartiges Gebilde auf der rechten Seite der Nase dargeboten hatte. Dasselbe blieb jahrelang trotz verschiedentlicher mehr oder weniger passender Behandlung bestehen, und hiervon ausgehend entwickelte sich eine diffuse, hochgradige Infiltration mit teilweisem Pigmentverlust über dem ganzen Gesicht. Es besteht Makrostomie infolge der Retraktion der Lippen, und der Prozeſs scheint auch auf die noch von den Wangen bedeckten Teile des Zahnfleisches übergegriffen zu haben, die Augen sind im Laufe des Leidens total verloren gegangen; an ihrer Stelle ist nur ein schmales Stück intensiv roter Granulationen zurückgeblieben; die Nase ist ebenfalls erheblich beteiligt. Differential-diagnostisch kommen hierbei Syphilis und Rhinosklerom in Betracht, doch lassen sich beide mit fast völliger Bestimmtheit ausschlieſsen. Alle Therapie war erfolglos. *Philippi-Nieheim.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XV. No. 12. 15. Dezember 1892.

Epithelioma adenoides cysticum.

Von

H. G. Brooke,
Lecturer on Skin Diseases at the Owens College, Manchester;
Physician to the Manchester and Salford Hospital for Skin Diseases.

(Mit Tafel II u. III.)

Seitdem diese eigentümliche Form von Neubildung im Jahre 1887[1] zuerst von Jacquet und Darier unter der Bezeichnung Hydradénome éruptif beschrieben wurde, ist dieselbe Gegenstand mehrerer Untersuchungen gewesen, ohne aber dafs es bisher möglich gewesen wäre, bestimmte Schlüsse zu ziehen in Bezug auf die pathologische Anatomie und die sonstigen Beziehungen derselben, so betreffs der Ätiologie und Ausgangslokalität, der möglichen Modalitäten bei makroskopischer und mikroskopischer Betrachtung und der Grenzen der Ausdehnung. In der That konnte dies aber kaum anders möglich sein, selbst nach der sehr eingehenden Untersuchung, welche dieser Affektion zu teil geworden ist, da die Zahl der bisher zur Beobachtung gelangten Fälle eine sehr beschränkte ist (im ganzen nur sechs bis sieben), und anderseits das Leiden zahlreiche aufsergewöhnliche Eigentümlichkeiten darbietet. Man kann demnach erst durch das Vergleichen eines ausgiebigen Materials hoffen, die vorhandenen Widersprüche aufzuklären.

Mein eigener Beitrag zu dieser Frage gründet sich auf die Beobachtung von vier Fällen, von denen zwei auch mikroskopisch untersucht wurden. In Bezug auf Gestalt und Entwickelung der Läsionen, sowie betreffs der pathologisch-anatomischen Veränderungen zeigen sie eine ganz genaue Übereinstimmung; da sie aber nach allen diesen Richtungen hin von einigen der anderen mitgeteilten Fälle gewisse Abweichungen darbieten, so dürfte es angezeigt sein, mit kurzen Worten ihre allgemeinen klinischen Merkmale zu schildern und sie mit denjenigen zu vergleichen, welche irgendwie in dieser Hinsicht von ihnen sich unterscheiden, trotzdem sie mikro-

[1] *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* 1887.

skopisch eine hinreichend genaue Übereinstimmung aufweisen, um sie als Beispiele des nämlichen pathologischen Vorgangs erkennen zu lassen.

Klinisches Verhalten. Die Affektion erscheint in Gestalt von kleinen Tumoren, welche der Ausdehnung nach von Stecknadelknopf- bis zu Kleinhalberbsengröſse variieren. Die kleineren erheben sich nur sehr wenig über das Niveau der Haut. Sie sind anfangs von der gleichen Farbe wie das umgebende Integument oder vielleicht auch ein Bischen dunkler, als ob irgend ein minimaler Körper von neutraler Färbung unter der Epidermis eingelagert wäre. PHILIPPSON[2] erwähnt, die Haut mit diesen „stecknadelknopfgroſsen dunklen Pünktchen" ganz übersäet gesehen zu haben. Bei meinen Fällen dagegen war ein solches Verhalten nur bei einigen wenigen Läsionen zu beobachten und war beinahe ausschlieſslich auf den Rumpf beschränkt. Während die Läsionen an Gröſse zunehmen, werden sie oft glänzend und durchscheinend, aber dies kaum in genügendem Grade, um ein wirkliches Vorhandensein von Flüssigkeit vermuten zu lassen. Einige haben auch eine blaſs-gelbliche oder bläuliche Färbung. Fast alle enthalten sie einen oder mehrere weiſse, miliumartige Körper, welche selbst bei oberflächlicher Beobachtung deutlich zu erkennen sind. Die Gröſse dieser Körper steht in keinem deutlichen Verhältnis zu derjenigen der Läsionen, in denen sie sich vorfinden, indem manche der gröſseren Knötchen äuſserlich keine Zeichen des Vorhandenseins derselben erkennen lassen, während man hier und dort kleine Knötchen sieht, welche von den weiſsen Massen fast ausgefüllt zu sein scheinen; wiederum können auch zwei oder drei in einem einzigen Knötchen angetroffen werden.

Diese Farben sind aber nicht die von DARIER und JACQUET beschriebenen, welche die Läsionen bei ihrem Falle als rosafarben (rosées) beschreiben und mit einer fast entzündlichen Röte abbilden. Einer von PHILIPPSONS Fällen zeigte einzelne Knoten mit gelbem Pigment und von einem roten Hofe umgeben, aber die übrigen Läsionen stimmen bei beiden Fällen der Beschreibung nach mit den meinigen überein. Beim TÖRÖKschen Falle unterschieden sich dieselben der Farbe nach nicht von der umgebenden Haut. Bei QUINQUAUDS Krankem[3] hatten die Läsionen eine abgeblaſste gelbe Farbe, wie Milchkaffee, welche an Pityriasis versicolor erinnerte oder vielmehr an Xanthom, und sie wurden bei der geringsten Irritation rot; QUINQUAUD bemerkt aber, daſs die Haut im allgemeinen sehr reizbar war auch an solchen Stellen, welche die Affektion nicht aufwiesen. Bei dem von PERRY im Internationalen Atlas[4] geschilderten

[2] Die Beziehungen des Kolloid-Milium (E. WAGNER), der kolloiden Degeneration der Cutis (BESNIER) und des Hydradenome (DARIER-JACQUET) zu einander. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. No. 1.

[3] Congrès Internat. de Dermatologie etc. 1889. *Comptes Rendus.* pag. 412.

[4] E. C. PERRY, Adenom der Schweiſsdrüsen. *Intern Atlas selt. Hautkrankheiten.* No. IX.

Falle hatten die Papeln eine blasse, weifse Farbe, und einige enthielten „schwarze Punkte unter der Haut“. Diese vorzügliche Chromolithographie giebt das Aussehen der Anomalie bei meinen vier Fällen so accurat wieder, dafs ich es für überflüssig hielt, eine farbige Abbildung derselben anfertigen zu lassen.

In Bezug auf das durch die Papeln erzeugte Gefühl herrscht bei allen Autoren volle Übereinstimmung. Sie sind fest, ohne hart zu sein, und wenn man sie zwischen die Finger nimmt, findet man, dafs sie in der Haut liegen und sich mit derselben bewegen.

Die Verteilung derselben hingegen ist ein Punkt, betreffs dessen die verschiedenen Fälle untereinander beträchtliche Verschiedenheiten aufgewiesen haben. Die meinigen stimmten alle sehr genau überein. Die bevorzugten Lokalitäten waren die Stelle zwischen den Augenbrauen, die Nasenwurzel, die Nasenflügel und der angrenzende Teil der Wangen, die Oberlippe und auch in geringem Grade das Kinn. An diesen Stellen traten sie so dicht gruppiert auf, dafs sogar klumpige, höchst entstellende Flatschen gebildet wurden. Sie fanden sich auch auf dem Rücken in der Mittellinie desselben zwischen den Schultern, und späterhin kamen sie auch als solitäre Papeln auf dem übrigen Teil des Gesichts zerstreut vor, sowie auf der Kopfschwarte (von der namentlich der vordere Teil ergriffen war) und auch bei dem einen Falle auf dem Tragus und der Furche hinterm Ohr (Frau E.), wo sie dichte, massige Gruppen wie im Gesicht bildeten. Auf den Schultern, dem oberen Teil des Rückens, dem Hals und den Oberarmen waren sie nur dünn gesäet, und auf der Brust fanden sich auch nur einige wenige. Bei dem einen Falle (Louisa E.) wurde eine Andeutung von Entwickelung derselben auf den Unterschenkeln konstatiert, doch unterblieb hier die mikroskopische Untersuchung. Papeln waren zweifelsohne vorhanden, aber die Patientin, eine Flachsarbeiterin, die den ganzen Tag beim nassen Flachs beschäftigt ist, sagte aus, dafs derartige Ausschläge (ebenso wie der von Leloir beschriebene ekzematöse Ausschlag) bei ihren Kolleginnen in der Fabrik etwas Gewöhnliches sei.

Bei dem Falle von Jacquet und Darier waren die kleinen Tumoren auf denjenigen Teil der vorderen Hals- und Rumpffläche, welche „von der vorderen Schale eines Kürasses“ bedeckt sein würde, sowie auf die innere Fläche der oberen Extremitäten beschränkt. Sie kamen unter den Schlüsselbeinen hervor und erstreckten sich abwärts bis zum Nabel.

Bei dem von Török[5] untersuchten Falle wurden die Läsionen zuerst auf der Brust in der Nähe der Achselhöhlen bemerkt und breiteten sich von dort allmählich bis zum Scrobiculus cordis aus.

---

[5] Das Syringocystadenom. Diese Zeitschr. Bd. VIII. No. 3.

Wiederum bei dem von QUINQUAUD geschilderten Falle erschienen sie ebenso wie bei demjenigen von JACQUET und DARIER zuerst unmittelbar unterhalb der Schlüsselbeine und breiteten sich von hier nach oben und unten aus, bis das untere Drittel des Halses und das obere Drittel der Brust mit Hunderten von Papeln bedeckt waren. Letztere liefen schliefslich zusammen und bildeten etwas prominente Gruppen. Über dem Sternum, auf den Seiten des Rumpfes und auf der Regio infraumbilicalis fanden sie sich in gröfserer Anzahl vor, aber auf dem Hypogastrium waren sie weniger zahlreich vertreten. Zwei bis drei Knötchen fanden sich auch an der Stirn, auf der Schläfengegend und an den inneren Augenwinkeln, sonst aber auf dem Kopf und im Gesicht keine.

Bei PERRYS Kranken waren die Läsionen ausschliefslich auf das Gesicht beschränkt, wo sie, was die Verteilung anbetrifft, Ähnlichkeit mit den meinigen aufwiesen, indem sie hauptsächlich auf die Gegenden um die Augen, Nasenrücken, Nasenfurchen und um den Mund sich konzentrierten.

Bei dem einen von PHILIPPSONS Fällen waren die Neubildungen nur auf den unteren Augenlidern vorhanden, bei dem zweiten kamen sie sowohl an dieser Stelle als auch auf der Brust vor. Am dichtesten waren sie zwischen der Mamilla und dem Schlüsselbein entwickelt, doch erstreckten sie sich auch unterhalb der Mamilla bis in die Axillargegend und an den Seiten abwärts bis zum Rippenrande bei allmählicher Abnahme der Anzahl der Knötchen. Einige wenige waren auch auf der vorderen und medialen Seite der Oberarme und oberhalb der Claviculae aufgetreten.

Auf die Vermutung hin, dafs der von KAPOSI[6] als Lymphangioma tuberosum multiplex beschriebene Fall in Wirklichkeit gar kein Lymphangiom war, sondern vielmehr ein Fall von der in Rede stehenden Krankheit (auf welche Frage wir späterhin wieder zurückkommen werden), können wir die Liste derjenigen Personen, bei denen die Läsionen sich auf den Rumpf beschränkten, um einen weiteren Fall vermehren. Seiner Schilderung nach sind dieselben über den ganzen Rumpf zerstreut und erstrecken sich von der Beckengegend bis zur Regio submaxillaris und am Nacken bis zur behaarten Kopfhaut. Bei einem unter der gleichen Benennung von LESSER und BENEKE[7] beschriebenen Falle fanden sich die Tumoren ausschliefslich auf der vorderen und den seitlichen Flächen des Rumpfes.

Aus dieser kurzen Übersicht geht zur Genüge hervor, dafs die Gebilde auf jedem beliebigen Teile des Körpers vom Hinterkopf bis zum Becken, sowie an den Oberarmen vorkommen können, dafs hingegen ihr Auftreten an den Unterschenkeln nicht ganz bestimmt nachgewiesen ist. Die intensive Beteiligung der Haut des Kopfes und des Gesichts ist besonders bemerkens-

[6] *Hebras Hautkrankheiten.* Englische Ausgabe. Vol. III. pag. 387.
[7] Ein Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex (KAPOSI). *Virchows Archiv.* 1891. Heft 1.

wert, insofern als dieses Vorkommen nur bei den fünf englischen Fällen beobachtet worden ist. Bei den in Frankreich und Deutschland gemachten Aufzeichnungen waren Läsionen des Gesichts entweder gar nicht vorhanden oder, falls sie sich vorfanden, befanden sie sich im Vergleich zu denjenigen auf dem Rumpfe in einer so verschwindenden Minderzahl, dafs sie fast nur für zufällige, verirrte Auswüchse gehalten wurden. So sagt BESNIER[8] in seiner ausführlichen und gewandten kritischen Bemerkung über diese Cystadénomes épithéliaux bénins: „Als Prädilektionsstelle erweist sich der Hals und die vordere Thoracicoabdominal-Fläche, aber man trifft den Ausschlag auch an anderen Teilen des Rumpfes und der Extremitäten und namentlich an deren Beugeseiten an“, wobei er dessen Vorhandensein gerade an denjenigen Stellen, an denen PERRY und ich denselben am reichlichsten entwickelt fanden, vollständig ignoriert.

Der Verlauf dieser Affektion ist immer ein langsamer, kann aber auch zu Zeiten variieren, indem sie plötzlich ein schnelleres Tempo anschlägt, was sogar noch nach einer mehrjährigen Dauer stattfinden kann. Das Leiden setzt in der Jugend ein, meistenteils zwischen dem zehnten und vierzehnten Lebensjahr, so weit wenigstens bei dem schleichenden und unauffälligen Beginn der Affektion sich dieses feststellen läfst, nur bei dem einen Falle, dem von LESSER und BENEKE beschriebenen, wird angegeben, dafs die Krankheit erst im späteren Lebensalter (im zweiundvierzigsten Jahre) wahrgenommen worden sei. Bei keinem einzigen von den bisher beschriebenen Fällen ist irgend ein Versuch der spontanen Rückbildung zu konstatieren gewesen; es bleiben im Gegenteil die Läsionen entweder jahrelang unverändert, oder sie nehmen zu, bis sie die Gröfse einer kleinen Erbse erreicht haben, doch überschreiten sie niemals diesen Umfang.

Die Symptome sind, wenn solche überhaupt auftreten, stets sehr geringer Art und bestehen höchstens aus einem geringem Stechen, wenn die Haut heifs ist, oder in einem zeitweiligen Juckreiz. Die Knötchen machen keinerlei Schmerzen und scheinen gewöhnlich der Beobachtung der Patienten zu entgehen, bis die erhebliche Zunahme ihrer Zahl deren Aufmerksamkeit erregt.

Die Krankengeschichte bei meinen Fällen stimmt mit der von anderen Autoren mitgeteilten überein.

1. M. C., ein 20jähriges Mädchen. Die Tumoren wurden zuerst vor acht Jahren konstatiert, waren damals zwischen den Augenbrauen lokalisiert und hatten bis vor zwei Jahren nur sehr langsam zugenommen, worauf aber ein schnelleres Wachstum eingetreten war. Wie bei PERRYS Fall waren sie um die Augenbrauen, an den inneren Augenwinkeln, dem

---

[8] *Pathologie et Traitement des Maladies de la Peau*, par KAPOSI. Traduction par BESNIER et DOYON. II. éd. française. 1891. Tom. II. pag. 368.

Nasenrücken, der Umgebung der Nasenflügel und am Munde lokalisiert, während einige isolierte Läsionen über das übrige Gesicht zerstreut waren. Einige fanden sich auch auf dem Nacken und an den Seiten des Halses vor, sowie eine gröfsere Anzahl auf dem oberen Drittel des Rückens und der Schultern, besonders aber in dem Zwischenraum zwischen den Schulterblättern.

Die drei anderen Fälle[9] boten ein besonderes Interesse dar, indem sie sämtlich Mitglieder einer und derselben Familie betrafen, und man somit auf einen erblichen Faktor bei der Entstehung der Tumoren hingewiesen zu sein scheint. So weit mir bekannt, wurde kein weiterer Fall von Vorkommen derselben bei mehr als einem Mitglied einer Familie konstatiert, ausgenommen dafs der QUINQUAUDsche Patient angab, dafs seine Schwester etwas Ähnliches (quelque chose de semblable) am Halse habe. Meine Kranken waren eine Witwe und ihre einzigen zwei Kinder, und sie sagt mit Bestimmtheit aus, dafs niemand von ihren anderen Verwandten eine Affektion ähnlicher Art dargeboten habe.

2. Frau E., aet. 50., Original zu der mittleren der drei auf Tafel II abgebildeten Personen.[10] Die Gebilde wurden zuerst in ihrer Jugend bemerkt, und sie wies nur sehr wenige derselben auf, als sie mit 21 Jahren sich verheiratete. In den letzten Jahren sind dieselben, wie sie angiebt, bedeutend zahlreicher geworden.

3. Louisa E., aet. 18., die ältere der beiden Töchter, ist bereits mit Neubildungen dicht besetzt; dieselben sind an denjenigen Stellen, welche bei der Mutter am stärksten beteiligt sind, zu ganzen Massen zusammengehäuft, finden sich aber auch in reichlicher Menge am Halse, auf dem oberen Teile des Rückens und der Schultern, auf der oberen Hälfte der Arme sowohl auf der medialen wie der lateralen Seite, und sehr spärlich auch auf der Brust. Die gröfsten sitzen auf der Kopfschwarte, namentlich nach vorne zu; an dieser Stelle sind sie ebenso reichlich mit Haaren bedeckt wie die umgebende normale Haut. Vereinzelte Knötchen, welche von der gleichen Art zu sein schienen, fanden sich auch auf den Schienbeinen, aber die Mutter meinte, dafs dielben wohl durch die Einwirkung des nassen Flachses enstanden sein mochten.

4. Lily E., aet. 14, bot verhältnismäfsig wenige Knötchen dar, aber mehrere derselben sind ganz gut entwickelt. Bislang sind sie auf Gesicht und Hals beschränkt geblieben. Sie wurden eben so wie bei ihrer Schwester zuerst in ihrem zehnten Lebensjahr entdeckt und haben seitdem an Zahl und Gröfse allmählich zugenommen.

---

[9] Von Dr. SIEGMUND MORITZ hierselbst mir freundlichst überwiesen.

[10] Die Abbildungen wurden mit Hülfe von Photogrammen nach der Natur aufgenommen, da es sich als unmöglich erwies, mittelst Photographierens allein die Läsionen in befriedigender Weise wiederzugeben.

Bei allen vier Fällen war die klinische Beschaffenheit der Neubildungen identisch. Auf geringe Entfernung schienen sie von normaler Hautfarbe zu sein, aber eine genauere Betrachtung ergab, dafs einige eine leicht bläuliche oder gelbliche Färbung oder einen Stich ins Weifsliche hatten, was durch das Vorhandensein von stark lichtbrechenden, miliumartigen Körperchen bedingt war.

Für die mikroskopische Untersuchung wurden sowohl vom Gesicht als vom Halse der Fälle 1 und 3 Knötchen excidiert und in einer einhalbprozentigen Lösung von Essig- und Chromsäure nachher in Alkohol gehärtet. Dieselben wurden mit Hämatoxylin oder mit Inulinsafranin gefärbt. Das letztere Färbemittel gewährte ein vorzügliches Verständnis von der Gestalt und Ausdehnung der Neubildung, die durch das Safraninrot allein gefärbt sich von dem durch das Inulin entstandenen hellblauen Hintergrund scharf abhebt.

Es war ohne weiteres zu erkennen, dafs die Papel bedingt war durch das Vorhandensein einer im Korium gelegenen zelligen Neubildung. Auf den ersten Anblick hatte dieses Gewächs in einigen Schnitten grofse Ähnlichkeit mit einem Adenom der Schweifsdrüsen. Einige Autoren haben diese Ähnlichkeit geleugnet, aber ihre Resultate müssen sich auf die Untersuchung eines von dem meinigen (und offenbar auch dem PERRYschen) verschiedenen Materiales stützen, denn es war hierbei eine ganz sorgfältige Untersuchung bei starker Vergröfserung unerläfslich, um die neuen Elemente von den vergröfserten Knäueln einer Schweifsdrüse zu unterscheiden.

Wenn die Neubildung mit Haarsäckchen kompliziert war, so zeigte sich die Beschaffenheit derselben nicht so deutlich wie bei dem in Fig. 1 abgebildeten Schnitte, bei dem die dünnen, bandähnlichen Züge oder fingerartigen Auswüchse des Epithels in allen möglichen Winkeln getroffen sind und offenbar einen Querschnitt einer stark verflochtenen Masse darstellen. Bei keinem einzigen von meinen Präparaten zeigte sich das Gewächs mit derselben Einfachheit, wie sie in DARIERS Abbildung dargestellt ist, denn die Ausführungsgänge waren ausnahmslos in sich selbst verschlungen, so dafs sie verschieden geformte Massen bildeten, doch war dabei stets die primäre Gangbildung noch kenntlich geblieben. In diesen Gängen eingelagert, meistenteils aber in den Massen selbst fanden sich runde oder ovale Cysten, die entweder eine rein kolloide Materie enthielten oder teils Kolloidmasse und teils konzentrische Lagen von offenbar verhorntem Epithel. Bei einigen Schnitten war diese Cystenbildung nur rudimentär und machte eine starke Vergröfserung erforderlich (vide Fig. 7), bei anderen dagegen bildete dieselbe infolge der beträchtlichen Gröfse der Cysten und des starken Brechungsvermögens ihres Inhalts das auffallendste Merkmal im mikroskopischen Bilde.

Die Zellen, aus denen die Streifen und Massen zusammengesetzt sind gehören offenbar zum epithelialen Typus. Hierin wenigstens stimmen alle Beobachter überein; der Hauptpunkt, um den sich der Streit dreht, ist aber die Abstammung derselben und namentlich ihre Übereinstimmung mit Schweißdrüsen oder mit kollabierten Lymphgefäßen (BENEKE).

DARIER[11] glaubte nach einer sehr sorgfältigen Untersuchung seines Falles begründete Ursache zu haben, die langen, verschlungenen Epithelzüge für wirkliche Ausläufer der eigentlichen Schweißdrüsen, welche schon vor der Entstehung der Neubildung vorhanden waren, zu erklären. Er bildet einen einem Schweißdrüsengang ähnlichen Kanal ab, welcher direkt in eine Cyste mündet, und er fand einen deutlichen Auswuchs, der nahe an der Mündung eines unzweifelhaften Drüsenganges von demselben entsproßste. Aus diesen Gründen hielt er sich für gerechtfertigt, die Neubildung für „ein Epithelioma adenoides, das von den Schweißdrüsen herstammte", zu erklären.

Es wäre überflüssig, hier dieser Auffassung entgegen zu treten, da DARIER dieselbe seitdem zu Gunsten der jetzt von JACQUET vertretenen[12] aufgegeben hat. In der That sprach nur wenig zu Gunsten derselben, denn der Zusammenhang zwischen der Neubildung und den Gängen war nicht anatomisch nachgewiesen worden, und, wie TÖRÖK mit Recht hervorgehoben hat, war es unwahrscheinlich, daſs eine normale Schweiſsdrüse plötzlich in ihrem oberen Teile eine derartige Neubildung entwickeln sollte, während der untere Teil des Knäuels völlig normal blieb.

TÖRÖK seinerseits hielt die Epithelzüge nicht für Gänge (obgleich er wiederholt die Bezeichnung „Kanäle" auf sie anwendet), sondern als den Versuch einer Adenombildung seitens der embryonalen Schweiſsdrüsenanlage, wobei die weitere Entwickelung bis zur Pubertät oder dem reiferen Alter verzögert blieb, wie dies in Uebereinstimmung mit der COHNHEIMschen Theorie bei „Talgdrüsencysten" und anderen Dermoiden oder auch bei verschiedenen epithelialen und Granulationsgeschwülsten beobachtet wird. Als Bestätigung dieser Ansicht fand er, daſs viele von den Cysten durch allmähliche Erweiterung der Lumina und eventuelle Abtrennung durch Abschnürung des sie enthaltenden Teiles entstanden. Und da die Röhrchen, in welchen sich dieser Prozeſs abspielte, seiner Meinung nach nicht dem Glomerulus der normalen Drüse, sondern dem Ausführungsgange angehörte, so benannte er die Neubildung im Verein mit UNNA Syringocystadenoma.[13]

So verlockend es aber erscheinen mag, diese Gänge auf irgend eine Weise mit den schweiſsliefernden Drüsen oder Gängen in Zusammenhang

---

[11] l. cit.
[12] BESNIER, l. cit. pag. 370.
[13] Σῦριγξ = eine enge Röhre.

zu bringen, so ergiebt doch eine sorgfältige Untersuchung, daſs sie thatsächlich keineswegs eine identische Gestaltung haben, und daſs die von ihnen angenommene Röhrchenform nur eine scheinbare ist. Es ist mir niemals gelungen, ein einziges Beispiel eines wirklichen Lumens weder in den Streifen noch in den Anhäufungen zu finden. Zwei lange, parallele Reihen von kleinen Palissadenzellen, die an der Basis sich beinahe berühren, schienen oftmals einen freien Raum einzuschlieſsen, als ob sie wirklich die Wand einer Röhre bildeten, aber eine starke Vergröſserung lieſs uns ausnahmslos das Vorhandensein einer oder mehrerer Reihen lang ausgezogener Zellen von viel hellerer Farbe, welche die vermutete Höhle ausfüllten, erkennen, und die Vortäuschung eines Lumens bietet nur dann eigentliche Schwierigkeiten, wenn eine dieser Zellen, was häufig geschieht, kolloid entartet ist und gerade im queren Durchschnitt getroffen wurde.

Ein Blick auf Fig. 1 belehrt uns über die stark entwickelte Verzweigung und Verquickung der Zellzüge, die an manchen Stellen sehr groſse Dimensionen annehmen, an anderen sich miteinander verbinden oder dazu beitragen, ein Gerüst von dichten Zellmassen zu bilden.

An anderen Präparaten überwiegen die dichten Zellmassen, indem der röhrenförmigen Gebilde nur wenige sind, aber in allen Fällen sind die scharf markierten Figuren von dem umgebenden Bindegewebe durch eine oder mehrere Lagen von palissadenartigen Zellen, welche sich intensiver färben als das Innere des Neoplasmas, geschieden. Auch findet sich an vielen Stellen etwas wie eine deutlich ausgebildete Membrana limitans, doch habe ich dieses nicht ausnahmslos vorgefunden. Die meisten Autoren leugnen deren Vorhandensein vollständig, aber ich habe dieselbe oft eben so klar ausgeprägt gefunden wie diejenige der Epidermis.

Das die Epithelgebilde umgebende Bindegewebe ist nicht das gewöhnliche, normale Gewebe des Corium, sondern eine Masse von viel feinerem Gefüge, und es ist dasselbe sozusagen um die Konturen des Gewächses zu einer dichten Kapsel angedrückt. Dieses Verhalten ist auf Fig. 1 gut wiedergegeben, und die Dichtigkeit und Dicke der Schichte deuten beide auf das Alter und die Langsamkeit des Tempos des Wachsens. Lange nicht so gut zu erkennen ist dies da, wo die Cutis dünner ist und die Epithelmassen sich eng an Haarbälge und Talgdrüsen von der Seite her anlehnen, sowie an die Fettzellen nach unten hin, aber die nämliche Verteilung ist trotzdem zu beobachten sogar in ganz rudimentären Knötchen. Die groſse Anzahl der kleinen Bindegewebszellen, welche diese filzartige Masse aufweist, und das Vorhandensein von Gefäſsen mit umgebenden Wanderzellen weisen im Verein mit der eigentümlichen Weise, in der dasselbe sich an das Epithelgebilde anschlieſst, darauf hin, daſs es sich hier um ein durch den von ihnen ausgehenden Reiz geliefertes Produkt handelt; und es liegt ferner die Vermutung ganz im

Bereich der Möglichkeit, dafs die besondere Begrenzung der Gröfse der Neubildungen bedingt ist durch die von einer derartigen Kapsel notwendigerweise ausgeübte Spannung. Die äufsere Schicht würde, nachdem sie dem Bereiche der Reizung entrückt ist, zu wachsen aufhören, und die Wachstumsfähigkeit der Epithelgebilde würde somit auch aufhören. Natürlich ist die Erklärung nur eine hypothetische, aber sie ist die einzige, die ich habe finden können zur Erläuterung der Ursache der scharfen Grenze in der Gröfse der Gewächse (dem Umfange einer kleinen Erbse), welche von allen Beobachtern übereinstimmend konstatiert worden ist.

Die ersten Anfänge der Cysten sind von Török und Philippson eingehend beschrieben worden. Man sieht, wie eine Anzahl von Epithelzellen, welche entweder in der Mitte der dünnen Ausläufer zwischen den äufseren Reihen der Palissadenzellen oder in der Mitte der gröfseren Massen gelegen sind, grofs und durchscheinend werden, wobei die umgebenden Zellen die gleichen Veränderungen erleiden, so dafs auf diese Weise ein kleiner Herd entarteter Zellen gebildet wird. Infolge offenbar des zentrifugalen und lateralen Druckes nehmen die angrenzenden Zellen eine kubische Gestalt an und bilden eine Art Wall um die zentrale Masse. Die den primären Herd ausmachenden Zellen nehmen an Gröfse zu, verlieren ihre klaren Konturen und bilden durchscheinende Klumpen, in denen der Kern nur sehr schwach gefärbt erscheint und schliefslich ganz verschwindet. Indem die Masse zunimmt, werden die Zellen an der Peripherie immer mehr und mehr abgeplattet und verdichtet, bis sie schliefslich sich zu einer festen Cystenwand konsolidieren. Diese komprimierte Schichte färbt sich intensiv, und es ist an den gröfseren Cysten oft nicht mehr möglich, die einzelnen Zellen, aus denen dieselben zusammengesetzt sind, zu unterscheiden.

Der Inhalt ist ein variabler; in einigen Hohlräumen ist derselbe vollständig kolloid, in anderen besteht er aus konzentrischen Lagen von abgeplatteten, verhornten Zellen, die um einen kolloiden Mittelpunkt herum gruppiert sind; oder es kann wiederum der eine Teil des Inhalts aus kolloider Masse, ein anderer Teil aus verhornten Lagen bestehen; ich habe aber keine einzige Cyste gefunden, bei welcher der Gesamtinhalt aus verhornten Zellen bestanden hätte. Das Vorhandensein von kolloiden Massen scheint aber ein integrierender Faktor bei der Enstehung dieser Cysten zu sein, selbst wenn die späteren Zusätze an der Peripherie den mehr normalen Übergang zu verhorntem Gewebe durchmachen. Nur dann, wenn die kolloide Masse eine gewisse Gröfse erreicht und somit einen dementsprechenden Grad von Druck nach aufsen hin erzeugt. entsteht eine wahre Cyste.

Kolloide Massen von geringem Umfang wie die in den Figuren 1

und 7 angedeuteten finden sich in reichlicher Anzahl durch alle Teile des Gewächses verstreut. Auch beschränkt sich die Entartung nicht auf die älteren Tumoren allein, sondern dieselbe scheint eine wesentliche Eigentümlichkeit des Gewächses von Anfang an zu sein. Grofse Cysten sind auch in kleinen Papeln zu finden, und anderseits kommen gröfsere Tumoren vor, wie auf Fig. 1 abgebildet, welche nur die allerkleinsten enthalten.

Auf Querschnitten erscheinen die ausgebildeten Cysten gewöhnlich kreisrund oder elliptisch, woraus sich schliefsen läfst, dafs die Gestalt der Masse kugelig oder eiförmig ist. Gelegentlich berühren sich die Wände zweier Cysten und verschwinden mehr oder weniger, worauf die Hohlräume zu einer einzigen Cyste verschmelzen (Török, Philippson). Einige mehr in die Länge gezogene Gestalten sind in den dickeren Schnitten zu erkennen, aber es ist offenbar, dafs ihre Konturen in Wirklichkeit eine Anpassung an die variablen zentrifugalen und zentripetalen Druckkräfte darstellen, indem die eine Wirkung eine expansive, die andere eine komprimierende ist, und dafs es sich hierbei nicht um ein Ausfüllen von präexistenten Hohlräumen handelt. Die Cyste wächst auf Kosten des angrenzenden Epithels und kann die Zellen so vollständig auflösen, dafs man den Eindruck hat, als sei sie im Bindegewebe isoliert eingebettet, aber an anderen Schnitten entdeckt man auch noch unversehrt eine Spur von Epithel, wodurch die Verbindung zwischen derselben und dem Hauptteil des Gewächses bewirkt wird, und in welchem sie zuerst sich gebildet hat.

Ausgenommen Dariers nunmehr verlassene Theorie wenden sich alle Erklärungsversuche betreffs des Ursprungs des Gewächses ausschliefslich der Möglichkeit seines embryonalen Charakters zu, und die Diskussion hat sich hauptsächlich auf die Frage von dem primären Sitze der besonderen, das Neoplasma erzeugenden Zellen zugespitzt.

Wie bereits oben dargelegt wurde, betrachtet Török die Schweifsdrüsen als den Ursprung des Leidens, allerdings nicht wie Darier die vollständig ausgebildeten Drüsen oder Gänge, sondern die embryonalen Knospen, welche ursprünglich zur Entwickelung von Schweifsdrüsen bestimmt waren. Sie sind Schweifsdrüsenmonstrositäten, „verunglückte Knäueldrüsenanlagen“. Er stützt diese Auffassung auf verschiedene Betrachtungen; erstens, dafs in der Umgebung der Neubildungen sich nur sehr wenige Schweifsdrüsengänge finden, und dafs es der Schweifsdrüsenknäuel unter den Tumoren ebenfalls dementsprechend wenige giebt; ferner, weil die Cysten und Kanäle sich nur auf das mittlere Gebiet des Coriums beschränken und die Knäuelschichte eben so wenig Gewächse enthält als die subepitheliale Schichte. Seiner Meinung nach beweist diese Thatsache endgültig, dafs an diesen Stellen niemals

Schweifsdrüsen sich entwickelt haben, sondern dafs die embryonalen Schweifsdrüsenknospen am Hinabsteigen bis zu der Tiefe der Knäuel verhindert worden sind, und dafs diese letzteren infolgedessen nicht zur Entwickelung gelangt sind, dagegen der obere Teil von dem oberflächlichen Epithel abgeschnürt worden ist. Überdies hat er in der Substanz der Arrectores pilorum Cysten gefunden, welche, wie er meint, nur im Embryonalzustand dorthin gelangt sein konnten, und von denen es nicht wahrscheinlich war, dafs sie sich in ein so hartes Material einbohren würden, wenn ein weniger widerstandsfähiger Weg in dem umgebenden Bindegewebe ihnen offen stand. Ich kann Töröks Argumente nicht von seinem Gesichtspunkte aus diskutieren, denn meine eigenen Beobachtungen weichen wesentlich von den seinigen ab. In meinen Präparaten habe ich oftmals die Schweifsdrüsen sich in einen Tumor hineinerstrecken und darin verschwinden sehen, wobei sie manchmal in späteren Schnitten quer getroffen wieder zum Vorschein kommen, und trotzdem sie schon in einem ganz anderen Teile des Gewächses sich befinden, noch normale Beschaffenheit aufweisen; häufiger aber sieht man sie von der Neubildung einfach zur Seite gedrängt. An mehreren Schnitten fanden sich normale Knäuel unmittelbar unterhalb des epitheliomatösen Gewächses, und bei anderen liegt das Gewächs auf einem tieferen Niveau als der Knäuel. Ferner habe ich nicht gefunden, dafs die Tumoren irgend ein Hautgebiet verschonten, wie aus der Fig. 6, welche keineswegs einen vereinzelten Fall darstellt, zur Genüge hervorgeht. Die Geschwulst ergreift thatsächlich das oberflächliche Epithel, und die subepitheliale Schichte ist oft damit angefüllt, und Ausläufer erstrecken sich direkt in und durch die Fettzellenhaufen hinein. Wie Török habe auch ich die Neubildung sich in einen Arrektormuskel hineinschieben sehen, aber die angreifenden Zellen waren bestimmt als eine Fortsetzung aus einer grofsen angrenzenden Masse von Neoplasma zu erkennen.

Quinquaud[14] fand an den zwei von ihm untersuchten Präparaten das Epithel, die Haarbälge und die Schweifsdrüsen alle vollständig normal und verwarf daraufhin die Hypothese von den Schweifsdrüsen als Ursprung des Gewächses. Er glaubt seinerseits, dafs verirrte Epithelzellen den Ausgangspunkt für dieses „eruptive Cellulom" abgeben dürften, und dafs dasselbe demnach ein späterer Entwickelungsvorgang im jugendlichen Alter sein dürfte, weshalb er den Namen eruptives, epitheliales, cystisches Cellulom wählt, also ein benigner Tumor epithelialer Art, der von dem gewöhnlichen Epitheliom mit dem ihm gewöhnlich eigenen Faktor der Mhalignität verseeden ist.

Jacquet[15] stellt bei dieser seiner zweiten Publikation über denselben

[14] l. cit.
[15] ibidem.

Gegenstand alle Beziehungen zwischen den schweifsbereitenden Drüsen und dem Neoplasma in Abrede. Er hält die Gebilde für epitheliale Tumoren, „welche sich auf Kosten von verirrten, para-epithelialen Überresten aus dem embryonalen Stadium entwickelt haben; letztere stammen von der unteren Fläche des Ektoderm oder dessen Granulationsknospen her," analog den von MALASSEZ im Corium der Schleimhaut des Zahnfleisches entdeckten. Er führt verschiedene Gründe zur Stütze des kongenitalen Ursprungs der Affektion an und citiert einen Fall, wo bei einer Frau die in der Mamillargegend entstandenen Tumoren in auffälliger Weise bei jeder ihrer fünf Graviditäten sich vergröfserten, da alsdann das para-epitheliale Débris, das vorher sich in einem quiescenten Zustand befand, zu einem stärkeren Wuchern angeregt wurde.

Das Ergebnis meiner eigenen Beobachtungen steht den Hypothesen von TÖRÖK, QUINQUAUD und JACQUET betreffs der späten Entwickelung der Tumoren aus embryonalem Epithel, sei dies nun Débris oder Drüsenknospen, nicht entgegen, aber dasselbe weist direkt auf eine Ursprungsart hin, welche möglicherweise eine genügende Erklärung für sämtliche Fälle liefern dürfte.

Eine Betrachtung der Figuren 1 bis 6 ergiebt, dafs alle die hier abgebildeten Gewächse direkt aus der Epidermis entspringen und nicht blofs aus der Epidermisschichte, sondern auch von dem Epithel der Haarbälge.

Bei Figur 2 sieht man das Neoplasma mit breiter Basis direkt vom Rete Malpighii entspringen und dann sogleich in eine Masse von Epithelstreifen sich auflösen; unter letzteren ist deutlich eine kolloide Entartung im Gange, was zur Entwickelung von unverkennbaren Cysten führt. Bei Figur 4 hat sich ein einfacher Fortsatz, der sehr wohl eine Drüsenknospe aus dem fünften Monat sein könnte, entwickelt mit einer einzelnen Cyste am unteren Ende, und an den Figuren 2 und 5 sieht man derartige Cysten thatsächlich in der Epidermis selbst, wobei das Gewächs sich nach unten hin mit den üblichen drüsenartigen Auswüchsen fortsetzt.

Fig. 1 zeigt zwei deutliche fingerartige Fortsätze, von einem Haarsäckchen ausgehend, und Fig. 2 einen ähnlichen Auswuchs, von einem anderen kleinen Haare ausgegangen und mit einer in der Entwickelung begriffenen Cyste am unteren Ende. Knospenartige Gewächse habe ich auch von vielen anderen Haarsäckchen ausgehen sehen, aber man kann denselben nicht sehr viel Gewicht beilegen, da sie auch bei anderen Affektionen nicht gerade selten vorkommen. Jedoch habe ich mich speciell bemüht, damit die abgebildeten Gewächse nicht von dieser einfachen Art sein sollten, sondern wirkliche Symptome der Tumorbildung. Es war zu erkennen, dafs diese Auswüchse ausnahmslos sich an den

Bälgen von minimalen Lanugohärchen fanden, während die gröſseren stets intakt waren.

Natürlich stehen diese Thatsachen keineswegs im Widerspruch mit der Annahme eines embryonalen Ursprungs der Läsionen. Es ist ganz gut möglich, daſs die Zellen, von denen das Gewächs entsprang, ihre embryonale Beschaffenheit so lange beibehalten hatten, denn der Beginn dieser Gewächse oder wenigstens ihr klinisches Erscheinen während des jugendlichen Alters und der begründete Verdacht auf hereditäre Einflüsse bei der Mutter mit ihren zwei Töchtern geben allesamt eine Stütze für diese Auffassung ab.

Obgleich bei beiden von mir untersuchten Fällen Symptome vorhanden zu sein scheinen, die mit den von Török zur Stütze seiner embryonalen Schweiſsdrüsentheorie herangezogenen in direktem Widerspruche stehen, so ist gegen die von Jacquet aufgestellte Erklärung nichts einzuwenden, und dieselbe mag im Verein mit dem durch mein Material klar demonstrierten Entstehungsmodus Geltung behalten. Anderseits kann es auch auf einem bloſsen Zufall beruhen, daſs diese direkte Verbindung zwischen dem normalen Epithel und dem Epitheliom nicht früher konstatiert worden ist. Allerdings hat Philippson eine einzelne deutliche Verbindung zwischen dem Neoplasma und der Epidermis beobachtet, aber da dies ein vereinzeltes Vorkommnis blieb, so legte er weiter kein Gewicht darauf. An meinen Präparaten war dieses Verhalten an vielen Stellen zu sehen; es handelt sich hier also offenbar nicht um eine zufällige Sache. Die Papel, die in Fig. 3 abgebildet ist, wurde auf vielen Schnitten untersucht, doch fand sich das verbindende Glied nur an einem einzigen. Das Gewächs breitete sich offenbar wie ein groſser Baum von einem einzelnen dünnen Stamme aus, und wenn dieser Stamm gebogen anstatt gerade gewesen wäre, oder wenn das Gewächs ein wenig quer getroffen worden wäre, so hätte die sorgfältigste Reihe von Serienschnitten denselben unentdeckt gelassen. Vielleicht ist es auf irgend eine derartige Zufälligkeit zurückzuführen, daſs keiner der vorzüglichen Beobachter, welche früher diese Anomalie untersucht haben, Beispiele einer derartigen direkten Verbindung zwischen der Epidermis und den darunter gelegenen Gewächsen gefunden hat.

Es giebt wohl keine andere Neubildung, welche in einer so kurzen Zeit des festgestellten Bestehens mit einer solchen Flut von Namen überschüttet worden wäre wie die vorliegende. Jeder einzelne Beobachter hat wenigstens eine neue Benennung vorgeschlagen, einige sogar deren zwei, und diese Namen sind teils ganz neu erfunden, teils eklektisch.

Die Liste ist sonderbar und lehrreich:

Jacquet-Darier: Hydradénomes éruptifs.

" " Epithéliomes adénoides des glandes sudoripares.

Jacquet-Darier:	Adénomes sudoripares.
Török:	Syringocystadenom.
Perry:	Adenoma of the sweat-glands.
Quinquaud:	Cellulome épithélial éruptif kystique.
Jacquet:	Epithéliome kystique bénin de la peau.
Philippson:	Gutartiges Epitheliom verbunden mit kolloider Degeneration.
Besnier:	Cystadénomes épithéliaux bénins.
„	Naevi épithéliaux kystiques.

Diesem wahrhaft imposanten Aufzuge von Namen habe ich die Kühnheit gehabt noch einen weiteren hinzuzufügen, nämlich Epithelioma adenoides cysticum, nicht weil ich etwa irgend welche Gelüste nach Originalität verspürte, denn dieser Name hat wenigstens den Vorzug, nicht neu zu sein; sondern weil derselbe vielleicht am besten gerade die prominentesten Eigentümlichkeiten der Neubildung wiedergiebt.

Quinquaud und Besnier haben gegen den Gebrauch der Bezeichnung Epitheliom Einwendungen erhoben, da dieselbe auf etwas Malignes hindeute, und haben ihrerseits den Ausdruck Celluloma und das Beiwort epithelial (im Gegensatz zu epitheliomatös) vorgeschlagen, um den durchaus benignen Charakter, durch den diese Tumoren sich auszeichnen, hervorzuheben. Es ist aber der aktive und aggressive Teil des wuchernden Gewächses so ausschliefslich aus Epithelzellen zusammengesetzt, dafs es besser erscheinen dürfte, anstatt ein neues Wort zu erfinden, lieber unsere Auffassung des Wortes Epitheliom umzuändern und diesem Begriff jene Beigabe von Malignität zu nehmen, welche derselbe nur acquirierte zur Zeit, als benigne Epithelgeschwülste eruptiver Art noch unbekannt waren. Wir sind auch bereits vertraut mit der Verwendung des Wortes in diesem Sinne beim Epithelioma molluscum, nachdem Virchow das Molluscum contagiosum Batemans so umgetauft hatte.

Der Zusatz der qualifizierenden Beiwörter adenoides, drüsenartig, und cysticum dient zum Zwecke der besonderen Kennzeichnung. Wenn Bland Sutton Recht hat mit seiner Behauptung, dafs alle Karzinome mit Einschlufs des klassischen Epithelioms schliefslich auf einen drüsigen Ursprung zurückzuführen seien, so würde der Zusatz eines Eigenschaftswortes wie adenoides ein Pleonasmus sein. Jedoch würde niemand ein Cylindrom selbst oder ein tubulöses Epitheliom mit einer Drüse verwechseln, und doch ist, was dieses Gewächs betrifft, die Ähnlichkeit eine so auffällige, dafs mehrere erfahrene Beobachter dasselbe für eine unzweifelhafte drüsige Mifsbildung erklärt haben. Die Ähnlichkeit war auch an mehreren meiner Präparate ganz deutlich ausgesprochen, indem die Knäuel und die mit Palissadenepithel umgebenen Fortsätze sogar bei mäfsiger Vergröfserung das Aussehen von Drüsenelementen darboten.

Eine geringe Andeutung hiervon sieht man auf Fig. 7, aber ich hätte auch sehr viel auffälligere Beispiele geben können. Das cystische Element ist so beträchtlich entwickelt und so charakteristisch, dafs keine Bezeichnung eine hinreichende Erklärung sein würde, wenn sie auf diesen Faktor nicht Bezug nähme.

Alle Autoren sind einig in der Annahme, dafs diese Zellen embryonalen Ursprungs seien. Die einzige sonst zu Gebote stehende Theorie würde die Mitwirkung von Mikrobien zur Voraussetzung haben, und einer derartigen Annahme tritt die chronische und hartnäckige Beschaffenheit der Läsionen entschieden entgegen. Meine eigenen Fälle (nebst dem zweifelhaften Falle, den QUINQUAUD beschrieben hat) sind die einzigen bisher publizierten, bei denen die Affektion sich bei mehr als einem Familienmitglied entwickelte, und der Umstand, dafs die Gewächse sowohl bei der Mutter als auch den beiden Töchtern sich ungefähr in demselben Lebensalter (10. — 14. Jahre) einstellten, deutet eigentlich mehr auf einen embryonalen und hereditären Ursprung als auf die Möglichkeit eines Kontagiums hin.

HOGGAN hat die Vermutung ausgesprochen, dafs der von KAPOSI auf sein Unikum angewandte Ausdruck Lymphangioma tuberosum multiplex[16] eine ungenaue Beschreibung der sich dort darbietenden anatomischen Verhältnisse sei; und seitdem haben BALZER[17], JACQUET[18], TÖRÖK[19] und BESNIER den Fall für in Wirklichkeit ein Hydradenom erklärt. Zweifelsohne besteht eine gewisse Ähnlichkeit zwischen den beiden Fällen, sowohl dem klinischen Verhalten als auch der pathologischen Beschaffenheit nach, wenigstens soweit man dieselbe aus dem einen der zwei ziemlich groben Holzschnitte, welche der KAPOSIschen Arbeit beigeben sind, beurteilen kann; aber meiner Meinung nach herrscht in Bezug auf die Details nicht hinreichende Übereinstimmung, um aus der Beschreibung allein sie als identisch anzuerkennen. Eine gewichtigere Unterstützung dieser Ansicht ist aber innerhalb der letzten Monate dadurch geliefert worden, dafs Dr. LUKASIEWICZ[20] (der Assistent von KAPOSI) den von LESSER und BENEKE[21] beschriebenen Fall als ein echtes KAPOSIsches Lymphangiom und als ein treffendes Beispiel dieses Leidens nachgewiesen hat. Wenn man PHILIPPSONS[22] eingehende Kritik über diesen Gegenstand gelesen hat, so erscheint es vollständig unzweifelhaft, dafs es sich hier thatsächlich um ein „Hydrodenoma“ handelte, und es ist demzufolge

[16] Diseases of the Skin. HEBRA und KAPOSI. *Sydenham Soc. Edition.* Vol. III.
[17] BESNIERS Aufsatz, l. cit. pag. 368.
[18] BROCQ, *Traitement des Maladies de la Peau.*
[19] *Annal. de Derm.* 1891. No. 2, und diese Zeitschrift. Bd. XIV. 1892. pag. 184.
[20] *Virchows Archiv.* 1891. Heft 1.
[21] Über multiple Dermatomyome. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. I.
[22] Diese Zeitschrift. Bd. XII. No. 5. 1891.

wahrscheinlich, daſs KAPOSIS ursprünglicher Fall ebenfalls derselben Kategorie angehören mag. Es wird nicht angegeben, ob KAPOSI den LESSERschen Fall gesehen und mit dem seinigen für identisch erklärt habe, aber es wird angenommen, daſs er nach LESSERS klinischer Beschreibung und BENEKES Bericht über die histologischen Verhältnisse sich überzeugt habe, daſs die beiden Fälle völlig gleich waren.

Jede Abhandlung über diese benignen Epitheliome würde unvollständig sein ohne eine Erwähnung des interessanten und geistvollen Versuchs von PHILIPPSON[23], dieselben mit dem WAGNERschen Kolloidmilium oder der kolloiden Entartung der Haut, wie BESNIER es nennt, in Zusammenhang zu bringen. Da ich den von LIVEING[24] beschriebenen Fall, auf den er Bezug nimmt, in Behandlung gehabt habe (sowie ganz kürzlich noch einen ähnlichen seit zwei Jahren bestandenen bei einer 30jährigen Dame, bei der die Haut an dem Innenwinkel des Auges ergriffen war), so konnte ich sehr gut die klinischen Erscheinungen der beiden Krankheiten miteinander sorgfältig vergleichen. LIVEINGS Fall betraf eine junge Dame von 16 Jahren mit unzweifelhafter kolloider Entartung, und obgleich wegen der Lokalisation des Leidens und der sozialen Stellung der Patientin es nicht möglich war, ein Knötchen zur Untersuchung zu excidieren, so war es doch ganz offenbar, daſs hier die Läsionen von denjenigen des Hydradenom total verschieden waren. Beim gutartigen Epitheliom ist die kolloide Entartung makroskopisch nicht als solche zu erkennen, beim anderen hingegen kann man ohne Schwierigkeit wahrnehmen, daſs dieselbe das Derma durchdringt unter Belassung einer intakten Epidermis, und in vielen Fällen konnte man die Talgrüsen in der halbdurchsichtigen Masse eingebettet deutlich liegen sehen. Wenn PHILIPPSON einen Fall in diesem Zustand gesehen hätte, so würde er kaum mit der Schilderung der beiden Affektionen so gewaltsam verfahren sein, um sie beide unter einer einzigen Rubrik unterzubringen.

Es bestehen ferner mehrere sehr ausgesprochene Unterschiede in der Art des Wachstums, welche in seiner Arbeit unerwähnt geblieben sind. Die Kolloidentartung beginnt als solche und bleibt in Gestalt von gelben, durchscheinenden, gelatineartigen Knötchen bestehen, falls sie nicht eine Involution erleidet, wobei das Ganze sich auflöst und kaum eine Spur von Narbenbildung hinterläſst. Die ersten Anfänge des benignen Epithelioms sind eben so scharf markiert, und ob sie bloſs als minimale Erhebungen der normalen Haut oder als „kleine schwarze Punkte", wie sie PHILIPPSON selbst beschreibt, auftreten, so sind sie eigentlich niemals zu verwechseln mit den hellgelben, bläschenartigen Spitzen der ursprünglichen Art der Kolloiddegeneration. Bei keinem der von mir beobachteten

[23] l. cit.
[24] *British med. Journ.* März. 1886.

Fälle dieser letzteren Affektion fanden sich irgendwelche Gebilde, die mit denjenigen des gutartigen Epithelioms die geringste Aehnlichkeit gehabt hätten und vice versa. Die kolloiden Läsionen können verschwinden, die Epitheliome dagegen können sich zwar an Zahl vermehren, niemals aber zeigen sie selbst nach einer vieljährigen Dauer Neigung zur Rückbildung.

Die Beschreibung des mikroskopischen Aussehens der Veränderungen bei der kolloiden Degeneration, welche er nach BALZER zitiert, ist sogar noch mehr entstellt, als die klinischen Berichte von dem Leiden bei dem Versuche, sie mit denjenigen des cystischen Epithelioms in Einklang zu bringen. Es wäre aber unnütz, diesen Gegenstand in allen seinen Details zu diskutieren, da BESNIER ausdrücklich erklärt, daſs es BALZER nach einer sorgfältigen Untersuchung beider Affektionen gar nicht einfiel, irgend einen Zusammenhang zwischen denselben nachweisen zu wollen. Denn bei der kolloiden Transformation war das kolloide Material (wie dies auch klinisch sich darstellt) in den Fasern des Bindegewebes infiltriert, hatte die bindegewebigen Bündel umschlossen und folgte der Richtung derselben; auſserdem fanden sich keine Epithelzüge und keine Cysten. Dieser Versuch des Identitätsnachweises, so geschickt derselbe auch war, ist demnach sowohl aus klinischen, wie aus histologischen Gründen als miſsglückt zu betrachten.

Behandlung: Bisher haben alle therapeutischen Maſsregeln, welche auf die Resorption der Tumoren mittelst Medikamente hinzielten, sich als unwirksam erwiesen. In Betracht des beschränkten und benignen Charakters der Neubildung würde sich deren Abtragung oder Zerstörung als zweckmäſsig empfehlen. Beim PERRYschen Falle ergab die Excision einen vollständig befriedigenden Erfolg. Bei den französischen Fällen wurden mit günstigem Resultat die Elektrolyse, Galvanokauterisation und der Thermokauter angewandt. Ob diese Mittel die Weiterentwickelung von Neubildungen verhüten werden, bleibt abzuwarten. Meine eigene Erfahrung ist noch zu unvollständig, um mir ein Urteil über den Gegenstand zu gestatten, und bei einem so langsam zunehmenden Gewächs kann man nur durch lange und sorgfältige Beobachtung eine befriedigende Lösung der Frage zu erzielen hoffen.

Zur Erklärung der Tafel III.

(Auf der Tafel sind in *Fig. 1, 2 u. 7* die Buchstaben *a* ausgelassen resp. durch *d* ersetzt.)

Fig. 1. Schnitt durch ein Knötchen; der Tumor ist von normalem Bindegewebe vollständig eingeschlossen. *a*, „Gang" von Epithelzellen. *b*, Kleine Cyste. c, Epitheliale Neoplasmamasse mit aufgerollten „Gängen" und kleinen Herden von kolloider Degeneration, in der Entstehung begriffene Cysten. *d*, Überzug von feinem Bindegewebe, das eigentlich die epitheliale Neubildung einkapselt. *e*, Zwei von einem Haarsäckchen ausgehende fingerartige, epitheliale Neubildungen. *f*, Normales Bindegewebe.

Fig. 2. Schnitt durch ein Knötchen, das Neoplasma darstellend, wie es (*a*) direkt von der Epidermis und (*b*) von einem Haarsäckchen entspringt. *c*, Epitheliale Tumormasse mit aufgerollten Gängen und kleinen Cysten. *d*, Eine von einem Haar durchbohrte Cyste. An einem anderen Präparate fand sich ein junges Haar in einer Cyste aufgerollt; wie es scheint, sind solche Härchen in der Neubildungsmasse verwickelt. *e*, Mündung eines Haarbalges, der in dem das Knötchen bedeckenden Bindegewebe eingeschlossen ist. *f*, Beginnende Cyste.

Fig. 3. Die direkt von der Epidermis entspringende Neubildung. Die darunter liegende, hier nicht abgebildete Tumormasse war so grofs wie bei *Fig. 1.*

Fig. 4. Auswuchs mit Cyste, von der Epidermis entspringend.

Fig. 5. Eine im Rete gelegene Cyste; das darunter gelegene Epithel entsendet einen Fortsatz ins Corium hinein und enthält eine in der Entwickelung begriffene Cyste. Unmittelbar rechts davon ein zweiter Auswuchs direkt aus der Epidermis.

Fig. 6. Neubildung von der Wandung eines Haarsäckchens (*a*) direkt entspringend. *b*, Eine Cyste, die mit konzentrischen Lagen von verhorntem Epithel ausgekleidet ist.

Fig. 7. Ein Teil einer Neubildung bei starker Vergröfserung. *a*, Röhrenförmige Knäuel. *b*, Züge von Epithelzellen, in Gestalt von Gefäfsen angeordnet, die bei *f* wie kollabiert aussehen. Es zeigt sich, dafs sie immer aus parallelen Reihen von dunkelgefärbten Palissadenzellen bestehen, zwischen denen schwächer tingierte Epithelzellen liegen. Einige der dünnen Züge bestehen ausschliefslich aus zwei parallelen Reihen, in denen die Zellen mehr oder weniger quer zur Mittelaxe gelegen sind, sowie einer mittleren Reihe blafs gefärbter, in die Länge gezogener und der Mittellinie des Zuges folgender Zellen. Wenn diese mittlere Reihe zufällig etwas durchscheinender als gewöhnlich ist oder kolloide Entartung erlitten hat, so wird leicht ein Lumen vorgetäuscht. *c*, Eine beginnende Cyste mit noch schwach erkennbaren Zellkonturen und gefärbtem Kern an der einen Zelle. *d*. Zentrale, verwirrte Masse von Epithelzellen. *g*, Drüsenartiger Fortsatz.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Nieheim.)

Ichthyosis mit pemphigoiden Eruptionen.

Von

Dr. med. E. von Düring,
Professor für Dermatologie und Syphilis an der École impériale de médecine,
Konstantinopel.

Die im Titel angegebene Bezeichnung für die nachfolgende Affektion habe ich nach Besnier gewählt, weil sie mir am besten die Natur und die pathologische Klassifikation der betreffenden Hauterkrankung zu geben scheint.

Die Affektion ist jedenfalls sehr selten. Mir ist bis jetzt kein ähnlicher Fall vorgekommen, und soweit mir die Litteratur zugänglich ist, finde ich beschrieben nur zwei Fälle: der eine ist von Vidal in den *Réunions cliniques hebdomadaires de l'hôpital St. Louis*, der andere ebenda von Hallopeau vorgestellt. Bei der Seltenheit der Fälle werde ich diese beiden Beobachtungen in extenso wiedergeben. Die von mir acceptierte Bezeichnung findet sich gelegentlich des Vidalschen Falles unter einer Besnierschen Bemerkung.

A.

Jeder Autor hat für diese Erkrankung eine andere Bezeichnung. Vidal[1] nennt sie: Lésions trophiques, d'origine congénitale, à marche progressive.

Hallopeau[2] bezeichnet sie als: Dermatose bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales.

Brocq[3] führt sie an als: Pemphigus successif à kystes épidermiques, und endlich

Besnier[4] wählte die Bezeichnung: Ichthyose à poussées bulleuses.

Ich will nun zuerst die Übersetzung des Vidalschen und des Hallopeauschen Falles, dann meine eigene Beobachtung geben. Die Zusammenfassung wird ergeben, daſs es sich um eine wohl charakterisierte, eigenartige Erkrankung handelt. Ob es mir gelingen wird, später anatomische Details geben zu können, ist fraglich. Da ich kein irgendwie ausreichendes Hospital zur Verfügung habe, muſs ich derartige Fälle

---

[1] *Annales de Derm. et Syph.* 1889. pag. 577.
[2] *Annales de Derm. et Syph.* 1890. pag. 414.
[3] *Traitement des maladies de la peau.* 1890. pag. 605.
[4] *Annales de Derm. et Syph.* 1889. pag. 578.

poliklinisch behandeln — und da ist die Gewinnung des Materials zur Untersuchung sehr schwierig.

I. Der Fall von Vidal.

Es handelt sich um ein dreizehnjähriges Mädchen von skrophulösem Aussehen.

„Sie sehen beiderseits an den Knien und Fuſsgelenken, am linken Ellbogen und auf der Rückseite der Fingergelenke an beiden Händen ziemlich lebhaft gerötete Flächen von verschiedener Gröſse. Dieselben zeigen keine Abschuppung, ähneln aber sehr Psoriasis-Plaques, deren Schuppen entfernt worden sind.[5] Der Sitz derselben und das Hervortreten weiſslicher Schuppen beim Kratzen fordern zur Diagnose: „Psoriasis“ auf.

Aber eine nur einigermaſsen aufmerksame Untersuchung läſst uns schnell unser auf den ersten Eindruck basiertes Urteil ändern. Es fällt einem auf, daſs die Affektion sich aus zahlreichen zerstreuten, ganz eigenartigen Gebilden zusammensetzt, die aus kleinen, weiſsen, nicht hervorragenden Pünktchen besteht, von ein bis zwei Stecknadelkopfgröſse, die kleinen Pusteln ähneln. Mikroskopisch bestehen diese Elemente aus einer dicken, nicht leicht zerreiſsbaren Decke, die, cystenartig, eine weiche, sebumartige Masse einhüllen, in deren Zentrum sich verhornte Partien finden. Epidermiskugeln sind selten. Diese Körperchen lassen, ähnlich wie groſse Miliumkörper, nach ihrer Ausschälung eine relativ weit aufgesperrte Öffnung zurück. Bei näherem Ansehen werden Sie bemerken, daſs die Haut unserer Kranken im allgemeinen etwas runzeliger ist, als normal.

Besonders aber ziehen die eigenartigen Veränderungen der Nägel unsere Aufmerksamkeit auf sich. Sie sind beträchtlich verdickt, in der Breite verringert, mit Furchen bedeckt, am Rande zurückgebogen, und die Finger- und Fuſsnägel erinnern so an Klauen oder Schnäbel des Papageis. Einige Nägel sind ausgefallen und nicht wieder gewachsen. Die letzten Phalangen sind etwas atrophisch.

Diese verschiedenen Veränderungen sind trophischer Natur. Die Anamnese ergiebt, daſs die ganze Affektion kongenital ist, die Onychogryphose sowohl, als die roten Flecken. Die Veränderungen haben sich im Laufe des ersten Jahres von der Geburt ab eingestellt und haben sich fortschreitend entwickelt. Besonders hervorzuheben ist die Thatsache, daſs die Mutter angiebt, die Erkrankung habe im ersten Lebensmonate begonnen mit einer nicht lange dauernden Eruption von Blasen mit citronengelbem, flüssigem Inhalt, die sich an der Ferse entwickelt habe...“

[5] Dieser Vergleich scheint mir nicht gut gewählt. Die Haut ist viel zarter, als man nach dem Vergleich annehmen muſste.

Es handelt sich um eine zweifellos seltene, von kleinauf an beginnende Erkrankung, der ich keine bessere Bezeichnung zu geben wufste, als die: Lésions trophiques, d'origine congénitale, à marche progressive.

II. Der Fall von Hallopeau.[6]

Ebenfalls mit Vorstellung in den Sitzungen der Ärzte des Hôpital St. Louis mitgeteilt.

„Die Hauterkrankung, die ich Ihnen vorstelle, unterscheidet sich durch ihre klinischen Besonderheiten und besonders durch die nicht ver-verschwindenden Narben, die sie zurückläfst, von denjenigen, deren Beschreibungen wir bei den verschiedenen Autoren finden.

Sie hat den ganzen Körper befallen. Beweis dafür sind die Narben, die wir überall an der Körperoberfläche finden.

Sie besteht noch an den Extremitäten und im Munde. Der Verlauf ist derart, dafs Blasen entstehen, deren Inhalt meist zitronengelb serös ist und manchmal purulent oder hämorrhagisch wird. Diese Blasen schiefsen schmerzlos, ohne Jucken und ohne febrile Reaktion auf.

Die alten Narben sind konfluierend auf dem Stamm, auf der Stirn und auf dem gröfsten Teil der Glieder. Auf vielen Narben sieht man miliare Knötchen, wenig oder gar nicht erhaben, von weifs-gelblicher Farbe — das sind Epidermis-Cysten. Dariers mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dafs sich in der Cutis Narbengewebe befindet; man kann also mit grofser Wahrscheinlichkeit die Bildung dieser Cysten auf die Obliteration der Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen und der Follikel zurückführen. Als annehmbarste Hypothese für die wahrscheinliche Ursache dieser Affektion scheint mir die Ausscheidung von Ptomainen anzusehen zu sein, die, durch die Hautdrüsen ausgeschieden, Anfälle von Dermatitiden hervorrufen. Zu Gunsten dieser Hypothese kann man die Lokalisation dieser Eruptionen an denjenigen Stellen anführen, an denen sich mit Vorliebe bullöse Erytheme und toxische Eruptionen einstellen.

Diese bullöse Dermatose gehört nicht in die Gruppe der von Duhring und Brocq beschriebenen Erkrankung; sie ist durchaus nicht so polymorph, wie jene, es besteht kein Schmerz und kein Jucken; der Einflufs äufserer Gewalteinwirkungen auf das Erscheinen der Blasen, die Narben, die sie zurückläfst, und die Bildung der Epidermis-Cysten in ihrem Gefolge sind alles Züge, die sie von jener Affektion unterscheiden."

Vidal hat voriges Jahr (s. die obige Beobachtung) einen Fall mitgeteilt, der sich dem unseren sehr nähert. Es handelt sich um eine neue, noch nicht beschriebene Erkrankung.

[6] Hallopeau in: *Annales de Derm.* 1890. pag. 414.

III. Eigene Beobachtung.

Es handelt sich um einen siebenjährigen Lasenknaben[7].

Sein Vater giebt an, daſs die Erkrankung zehn Tage nach seiner Geburt zuerst an den Füſsen begonnen habe. Sie habe sich dann langsam aufwärts über den ganzen Körper ausgebreitet, sei niemals auch nur vorübergehend zum Stehen gekommen und habe sich langsam fortentwickelt. Niemals befallen gewesen seien Gesicht, Augen, Penis, Hodensack.

Die Entwickelung des Knaben sei normal gewesen, die Affektion habe niemals Beschwerden gemacht, kein Jucken, Brennen, keine Schmerzen. Nur da, wo durch mechanische Läsion der Blasen eine wunde Fläche entstanden sei, habe diese geschmerzt.

In der Familie sind derartige oder andere Hautkrankheiten nicht vorgekommen.

Der gut entwickelte Knabe macht einen gesunden und relativ intelligenten Eindruck. Ehe er sich ausgekleidet hatte, fiel mir die symmetrische Anordnung der Erkrankung an beiden Händen und beiden Füſsen auf. Ich lieſs ihn sich vollständig auskleiden, und die Untersuchung der einzelnen Körperregionen ergab folgenden Status:

Auf der behaarten Kopfhaut — die Haare sind reichlich und gut entwickelt, — finden sich zahlreiche, teils isolierte, teils in kleeblattartigen Formen konfluierte Narben von blaſs-rötlicher Farbe, von ca. 0,5 cm Durchmesser und mit einem scharfen, dunklen Rande. Frische Efflorescenzen finden sich nicht. An den Ohren finden sich einige ähnliche Narben. Das Gesicht ist frei. Der Mund ist häufig befallen, auch jetzt noch. Der ganze Stamm, wie der Hals, vorne und hinten, ist bedeckt mit gleichen Narben. Am Abdomen besonders ist kaum ein Fleck ausgespart; die Haut in den Narben ist etwas zarter, als normal. Die dunkleren, schmalen, scharfen Ringe sind so geordnet, daſs man von eigentlicher Konfluenz nicht sprechen kann; vielmehr sind die neueren Ringe durch das Gebiet der älteren Narbe hindurch zu verfolgen. Auf vielen dieser Narben fehlen die weiter unten zu erwähnenden cystenartigen Gebilde. An der Vorderseite des Thorax und auf dem Rücken sind die Narben weniger zahlreich. Die nicht mit Narben bedeckte Haut ist schmutzig-gelb-gräulich, gleichsam im ganzen stärker pigmentiert, rauh, leicht verdickt, etwas kleienartig abschuppend.

Besonders tritt diese Veränderung der nicht-vernarbten Haut an den Extremitäten hervor.

Die Extremitäten bieten das interessanteste Bild. An den Ellbogen, Streckseite, und an der Vorderfläche der Kniee sieht man Veränderungen,

[7] Lasen sind muhammedanische Kaukasier, die, aus Ruſsland ausgewandert, in Kleinasien angesiedelt sind.

wie man sie ähnlich nach den hier so häufig lokalisierten, pemphigoiden Eruptionen bei den Leprösen sieht. Die Haut ist runzelig und enthält mehrere runde, vernarbte, mit dünner, glänzender Haut bedeckte Stellen. An der Vorderseite des rechten Knies sind drei, an der des linken Knies zwei im Eintrocknen begriffene pemphigusartige Blasen; eine frische, ca. 1 cm lange und ½ cm breite Blase findet sich an der Aufsenseite des linken Knies; der Inhalt derselben serös, gelb; eine der eintrocknenden Blasen ist hämorrhagisch.

Auf dem Grunde einiger, anscheinend sehr frischer, rosaroter Narben, die den gröfsten Teil der Streckseite der Gelenke und besonders der Knie einnehmen, finden sich, zum Teil vereinzelt, meist aber in Gruppen von 2 bis 4 stehende, miliare Knötchen von zum Teil weifs-gelber, zum Teil rötlicher Farbe. Die meisten sind leicht erhaben. Wenn man sie öffnet, entleeren sie eine weifse, grützbreiartige Masse. Drückt man sie aus, wie Komedonen, was an einigen Stellen leicht gelingt, so bleibt eine relativ grofse Öffnung zurück.

Neben den eben erwähnten Teilen scheint die Erkrankung augenblicklich besonders an Händen und Füfsen, von den resp. Gelenken ab, lokalisiert zu sein.

Sämtliche Finger und Zehen, sowie der gröfste Teil des Hand- und Fufsrückens, sowie die Umgebung der Fufsgelenke sind mit einer zarten rosaroten Haut bedeckt, die eine Anordnung zeigt, ähnlich wie bei der Exfoliatio areata der Handflächen. An allen diesen Stellen haben, nach Angabe des Vaters, Blasen bestanden. Wir finden Blasen von Bohnen- bis Wallnufsgröfse, im ganzen drei Blasen, in der Umgebung des linken Fufsgelenkes.

An den Fingern und Zehen bestehen keine frischen Blasen. Dagegen zeigen sich, besonders in der Gegend des Hand- und Fufsgelenks, zahlreich die oben erwähnten miliaren Knötchen, die sich entfernt mit den Epithelperlen des Epithelioma contagiosum vergleichen lassen.

Eine höchst eigentümliche Konfiguration zeigen die letzten Phalangen der Finger und Zehen mit ihren Nägeln.

Zunächst erscheinen dieselben zum Teil etwas verdickt, nur der linke Zeigefinger atrophiert. Nirgends aber findet sich ein ordentlicher Nagel. Die Nägel haben die eigentümlichsten Formen angenommen. Während sie an zwei Fingern und an der grofsen Zehe des linken Fufses fast vollständig geschwunden sind — es findet sich überall nur ein dünnes, ganz brüchiges, schwarzes Blättchen an der Nagelinsertion, — sind sie an anderen Zehen durch Wucherung des Nagelbettepithels in die Höhe gehoben, zu ganz dicken, verkrümmten, schmalen, nach aufwärts gebogenen, tief gerillten, schwarz-grauen Gebilden geworden.

Sensibilitätsstörungen waren keine nachzuweisen.

Ich habe nicht bestätigen können, wie es aus HALLOPEAUS Angaben hervorzugehen scheint, daſs äuſsere Gewalteinwirkungen Ursache abgeben zur Entstehung der Blasen.

B.

Wir haben es hier offenbar in allen drei Fällen mit derselben Affektion zu thun. Wenn in der VIDALschen Beobachtung wenig von den pemphigoiden Eruptionen die Rede ist, so müssen diese doch mehr, als es aus der Mitteilung scheint, in den Vordergrund getreten sein; denn gerade bei der Diskussion über diesen Fall stellte BESNIER für diese Affektion die Benennung „Ichthyose à poussées bulleuses" auf.

In dem HALLOPEAUschen Fall fehlt die Angabe, ob die Affektion von der Geburt an bestanden habe; BROCQ[8] giebt an, drei Fälle (darunter die zwei citierten wohl) gesehen zu haben; in zwei Fällen sei die Affektion kongenital gewesen.

Es handelt sich also um eine kongenitale, auf xerotisch veränderter Haut über den ganzen Körper sich ausbreitende, anscheinend symmetrisch auftretende Blaseneruption. Die Blasen differieren sehr in der Gröſse, von Erbsengröſse bis zu Markstückgröſse, enthalten eine bald seröse gelbe, bald eiterige, bald hämorrhagische Flüssigkeit. Sie hinterlassen nach ihrer Abheilung eine Narbe, die lange Zeit auſserordentlich zart und von rosa Farbe ist und einen leicht abschuppenden Rand hat, später abblaſst und einen scharfen, leicht pigmentierten Hof behält.

In der Narbe finden sich miliare, weiſs-gelbliche bis rötliche, teils isoliert, teils gruppiert stehende Knötchen, die eine schleimartige Masse enthalten. — Obgleich keine Stelle des Körpers ausgenommen zu sein scheint, sind doch die Streckseiten der Gelenke und die Dorsalfläche der Hände und Füſse mit Vorliebe Sitz der Blaseneruption. Jucken, Schmerz oder irgend welche Störungen sind in keinem Falle beobachtet.

Die Veränderungen der Nägel, die teilweise ganz ausfallen, oder stark atrophieren, oder die ausgebildetsten Formen der Onychogryphose zeigen, sind sehr charakteristisch.

Die mikroskopische Untersuchung des Inhalts der Perlenknötchen ergiebt, daſs derselbe zum groſsen Teil aus Detritus, Fett und Epithelzellen besteht. Seine Entstehung ist wohl auf eine cystische Entartung des durch die Entzündungsvorgänge obliterierten Ausführungsganges der Schweiſsporen resp. Follikel anzusehen.

Welche Ätiologie dieser Affektion zu Grunde liegt, geht aus den bis jetzt beobachteten Fällen nicht hervor. In meinem Falle kann von

[8] l. cit.

nervösen Antecedentien nicht die Rede sein — im VIDALschen Falle waren sie vorhanden.

Prognostisch vermag ich ebensowenig bestimmte Angaben zu machen. Wenn, wie ich glaube, es sich um eine ichthyotische Erkrankung handelt, wird die Prognose sich auch ebenso ungünstig gestalten.

C.

Unter welche Rubrik ist diese seltene, anscheinend sonst noch nicht beschriebene Affektion unterzubringen?

Der Titel, den HALLOPEAU ihr giebt, beansprucht nicht die Bezeichnung einer Diagnose, es ist ein kurzes Resumé der Symptome. VIDALS Bezeichnung „Lésions trophiques" ist nach der aus ihrem Aussehen gewonnenen Ansicht von der Ätiologie gewählt.

Die beiden Bezeichnungen von BESNIER, als „Ichthyose à poussées bulleuses", und von BROCQ als „Pemphigus successif à kystes épidermiques" dagegen weisen dieser Affektion ihren Platz in der Pathologie an.

Es fragt sich, wenn wir eine dieser Bezeichnungen wählen wollen: Welcher Zustand der Haut ist der wesentliche, und welchem Symptome kommt mehr accidentelle Bedeutung zu? Mehr in die Augen springend sind zunächst die pemphigoiden Erscheinungen und ihre Folgen.

Das wesentliche scheint uns aber doch die Keratodermie, die Xerodermie zu sein. Die Haut im ganzen macht einen ichthyotischen Eindruck, und die Nagelaffektionen sprechen auch für eine nicht-lokalisierte Erkrankung der ganzen Bedeckung. Wir glauben, dafs BESNIERS in dieser Hinsicht immer sehr erfahrenes Auge die Krankheit richtig in die Gruppe der Xerodermien gewiesen hat, und dafs die Blaseneruption eine vielleicht im VIDAL'schen Sinne als trophoneurotische Störung aufzufassende Komplikation ist.

Den Cysten kommt nur als charakteristisches Symptom eine Bedeutung zu; sie sind nur Folgezustände des pathologischen Prozesses.

Man dürfte die Krankheit also wohl am geeignetsten als eine seltene Ichthyosisform auffassen und ihr die Bezeichnung beilegen: Ichthyosis mit pemphigoiden Eruptionen, oder Ichthyosis bullosa.

Tuberkulin und Tuberkulocidin bei Lupus.

Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 9. September 1892 des II. Internationalen Dermatologischen Kongresses in Wien.

Von

Dr. W. van Hoorn
aus Amsterdam.

Über das Tuberkulin ist bereits so vieles geschrieben worden, daſs man fast um Entschuldigung bitten muſs, wenn man dieses Thema wieder berührt. Ich werde mich aber ganz kurz fassen und möchte dadurch erzielen, daſs auch andere uns ihre Anschauungen über meinen Gegenstand mitteilen.

Anfangs Dezember 1890 wurde von mir das Tuberkulin zu gleicher Zeit im Universitätsspitale und im Kinderkrankenhause zu Amsterdam eingeführt. — Über die in der Universitätsklinik behandelten Fälle habe ich in Gemeinschaft mit einem Kollegen, Hrn. Spruyt Landskroon, im vorigen Jahre in den *Monatshaften* berichtet und damals schon darauf hingewiesen, daſs die zu wählende Anwendungsart des Kochschen Heilmittels noch eine offene Frage ist.

Im Kinderspitale hatte ich von Anfang an absichtlich eine ganz andere Methode befolgt, als in der dermatologischen Klinik eingeführt war. Es wurden die Dosen viel niedriger gewählt, es wurde jeden zweiten Tag eingespritzt und nicht eher mit der Dosis gestiegen, als bis der Patient mindestens zweimal die gleiche Dosis bekommen hatte. — Die Resultate waren aber weit weniger günstig, als die im Universitätsspitale erzielten. Reaktion, sowie Besserung, weniger deutlich, die Reaktionsfähigkeit früher erloschen.

Da aber auch die oben erwähnten besseren Erfolge noch viel zu wünschen übrig lieſsen, lag der Gedanke nahe, eine noch bessere Methode anzustreben, einerseits von der in der dermatologischen Klinik üblichen abweichend, andererseits geradezu entgegengesetzt der im Kinderspitale bisher eingeschlagenen Richtung. Eine Methode, die also die Aufgabe zu lösen hätte, eine möglichst hohe, aber gefahrlose Reaktion hervorzurufen und die Reaktionsfähigkeit möglichst lange zu erhalten.

Zu diesem Zwecke wurde mit 0,5 mg angefangen und mit der Dosis nicht gestiegen, solange die Temperatur im Reaktionsstadium 39° erreichte, aber auch jedesmal eine höhere Dosis gegeben, sobald diese Temperatur nicht erreicht wurde. Alle vierzehn Tage wurde einmal eingespritzt.

Diese Methode, die ich jetzt seit anderthalb Jahren poliklinisch verwende, und wobei die Patienten durchschnittlich nur an einem Tage in zwei Wochen das Bett zu hüten pflegen, giebt weit bessere Erfolge, als die in unserer früheren Arbeit angegebenen. Sie hat nur den Nachteil, daſs die Behandlung sehr lange dauert, und da die Mehrzahl der Lupösen den weniger vermögenden Kreisen angehören, können sie nur schwer während längerer Zeit, alle zwei Wochen einen Tag, ihre Beschäftigung unterbrechen. Schlieſslich wird man meistens gezwungen, zu irgend einer örtlichen Behandlung zu greifen.

Es ist dies auch der Grund, weshalb ich nicht zur Erhärtung meiner Behauptung eine Reihe geheilter Lupusfälle erwähnen kann.

Einen einzigen Fall möchte ich aber zu besprechen nicht unterlassen. Bei einer Frau mittleren Alters war die ganze rechte Hälfte des Gesichtes und des Halses von Lupus befallen, mit drohender Gefahr für Auge, Ohr und Nase. Der Lupus war schon sehr alt, vielleicht schon zwanzig Jahre, und wurde von erfahrenen Chirurgen wiederholt ohne bleibenden Erfolg behandelt.

Als ich die Patientin das erste Mal sah, war sie davon schon überzeugt, daſs ihr nicht zu helfen sei; sie sah etwas heruntergekommen aus, sei es durch den moralischen Effekt einer solchen Überzeugung, oder infolge des so lange Zeit bestehenden Lupus.

Schon nach der ersten Einspritzung wurde sowohl von der Patientin, wie von mir eine lokale Besserung beobachtet und dieser folgte nach jeder neuen Einspritzung eine neue Besserung.

Nur über eine Ausnahme muſs ich berichten. Einmal, als das Intervall zwischen zwei Einspritzungen statt vierzehn Tage vier Wochen gedauert hatte, hatten die Erscheinungen gegen Ende der vierten Woche etwas zugenommen. Sonst hatte der Fall während anderthalb Jahre jede vierzehn Tage eine neue lokale Besserung aufzuweisen. Kollegen, welche die Patientin in längeren Zwischenräumen sahen, waren immer erstaunt über die seit der letzten Beobachtung gemachten Fortschritte. Der Allgemeinzustand fing auch bald an, sich zu heben, und Patientin, sowie ihre Verwandten geben jetzt an, sie habe niemals so kräftig ausgesehen, wie zur Zeit.

Der Fall jedoch ist immer noch nicht geheilt. Sollte sich eine schneller wirkende Methode bei anderen Fällen bewähren, so würde ich sie gewiſs auch wählen zur Vollziehung der Heilung des besprochenen Falles.

Es darf daher nicht wunder nehmen, wenn ich gestehe, daſs ich den Äuſserungen von Klebs über die Wirkung des von ihm hergestellten Tuberkulocidins das gröſste Interesse entgegenbrachte. Sobald ich geeignete Fälle bekam, wurde das Mittel in der von Klebs angegebenen Weise

versucht. Der erste Fall, bei einer Frau mittleren Alters, wo die beiden Gesichtshälften samt Nase und Augenlider ergriffen waren, zeigte erst am dritten Tage nach einer Injektion von ca. 40 mg 100 % Tuberkulocidins eine leichte Rötung und Schwellung der affizierten Teile. Am vierten Tage jedoch, nach einer Einspritzung von ca. 70 mg, traten so schwere Erscheinungen auf, dafs sie nur mit einer maximalen Tuberkulin-Reaktion vergleichbar sind. Sehr intensive Röte und Schwellung; auch Exsudation, sogar punktförmige Gangrän. Die Temperatur stieg über 40° und blieb mehr als zwei mal vierundzwanzig Stunden auf Fieberhöhe. Nach ungefähr vierzehn Tagen, als die Vernarbung stattgefunden hatte, war etwa drei Viertel des lupösen Gewebes verschwunden.

Spätere Einspritzungen, die während drei Wochen fast täglich ausgeführt wurden, und wobei mit der Dosis schnell bis 1 g gestiegen wurde, waren nur ausnahmsweise von einer unbedeutenden örtlichen Reaktion gefolgt, aber niemals von Fieber. Von einer weiter fortgeschrittenen örtlichen Besserung war jedoch weder während der Injektionen, noch während des unmittelbar auf deren Sistierung folgenden Monates auch nur das Geringste nachzuweisen. Dagegen hatte es im zweiten Monate nach der letzten Einspritzung den Schein, als ob die Efflorescenzen wieder etwas gewachsen wären.

Ein 9jähriger Knabe, mit einem Lupusherde am Gesichte, welcher die Gröfse eines Markstückes nicht übertraf, wurde am 16. Juni ins Kinderhospital aufgenommen und vom 18. Juni bis 8. August 47 mal, also fast täglich, eingespritzt. Im Verlaufe von 19 Einspritzungen wurde auf 500 mg 100 % Tuberkulocidin gestiegen. Während der letzten 28 Einspritzungen wurde dann noch weiter bis zu 960 mg gestiegen. Weder im Verlaufe dieser Zeit, in der die Injektionen gemacht wurden, noch nachdem ich mit denselben aufgehört hatte, war auch nur die geringste Veränderung des lupösen Herdes zu sehen.

Nachdem auch bei diesem Kinde die Reihe der Injektionen geschlossen war, kam ich in den Besitz einer Mitteilung von Dr. SPENGLER aus Davos, über eine kombinierte Tuberkulin - Tuberkulocidin - Behandlung. Derselbe behauptet auf Grund theoretischer Betrachtungen, auf die ich hier nicht näher eingehen möchte, dafs für eine kräftige Tuberkulocidinwirkung die gleichzeitige Anwesenheit einer minimalen Menge Tuberculins erforderlich sei.

KLEBS nun ist überzeugt, dafs sein Mittel die Tuberkelbacillen tötet, und giebt an, dafs, wenn jemals nach Tuberkulocidin-Einspritzung Fieber eintrete, dieses hervorgerufen werde durch das aus getöteten Turberkelbacillen freigewordene Tuberkulin.

Ohne mir ein Urteil zu erlauben über die theoretische Berechtigung der Behauptungen dieser beiden Autoren, möchte ich doch hervorheben,

dafs meine oben erwähnten Erfahrungen ihre Ansicht zu stützen scheinen; denn wenn nach einer ersten hohen Dosis, bei einem ausgebreiteten Falle von Lupus, heftiges Fieber mit stürmischer lokaler Reaktion folgte, so dürfte man annehmen, dafs nach der von heftiger Reaktion gefolgten Einspritzung eine genügende Menge Tuberkulins frei geworden, welches bei anderen Einspritzungen wegen geringer Zahl der Bacillen fehlte, und so wären sowohl lokale Reaktion als Fieber, resp. das Ausbleiben dieser Erscheinungen, vollständig erklärt.

Von diesen Erwägungen geleitet, habe ich die kombinierte Methode bei einem elfjährigen Mädchen mit beschränktem Lupus der rechten Ohrmuschel angewandt, und obgleich die Behandlung bei meiner Abreise noch nicht beendet war, kann ich doch die Angaben SPENGLERS insofern bestätigen, dafs ich kräftige Reaktion sah nach Einspritzung von $^1/_{40}$ mg Tuberkulin, kombiniert mit 7 mg Tuberkulocidin, Dosen, von deren Einzelwirkung man, nach meiner Erfahrung, keine Erscheinungen erwarten konnte.

Fest überzeugt, dafs etwas Gutes für die dermatologische Praxis im Tuberkulin verborgen liege, habe ich kurz die Schwierigkeiten, mit denen ich zu kämpfen gehabt, malen wollen in der Hoffnung, dafs andere, mit reicherer Erfahrung, diese Frage besser beleuchten mögen.

Versammlungen.

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. November 1892.

(Originalbericht von LOUIS WICKHAM-Paris.)

Viele interessante Fälle wurden in der Gesellschaft vorgestellt, unter andern zwei Fälle von Pityriasis rubra pilaris von DEVERGIE und BESNIER, ein Fall von Angiokeratom, zwei Fälle von angeborener, familiärer Alopecie mit Rosenkranz-Mifsbildung (Monilethrix) der Haare. (Bei Besprechung eines dieser Fälle weist TENNESON auf den Zusammenhang dieses Leidens mit der Keratosis pilaris hin.) Ferner stellten HALLOPEAU und HENRI FOURNIER zwei schöne Fälle von Pemphigus foliaceus vor und knüpften daran folgende Bemerkungen:

Wir haben in drei Fällen von Pemphigus foliaceus die Beobachtung gemacht, dafs diese Dermatose mit der Dermatitis herpetiformis DUHRING sehr viele Ähnlichkeit haben kann. In beiden Fällen ist ein polymorpher Ausschlag möglich; in beiden Krankheiten können Zeiten der Ruhe mit Anfällen von heftigem Brennen und Stechen abwechseln. Jedoch ist dem Pemphigus foliaceus die Erythrodermie mit Nässen und Abschuppung, die anhaltende Verallgemeinerung des Ausschlags, seine Anordnung in konzentrischen und serpiginösen Wulsten, die Blasenbildung und endlich die fast immer tötlich endende Allgemeinerkrankung eigen.

Souplet, Assistent von Fournier, stellt eine Kranke mit circinären, ringförmigen, oberflächlichen Syphiliden der tertiären Periode vor, die nur oberflächlich schuppen. Gerade derartige Syphilide haben seit einiger Zeit die Aufmerksamkeit der Syphilidologen von St. Louis auf sich gezogen. Sie gleichen so wenig tertiären Geschwüren, dafs man sie viel lieber für Eccema seborrhoicum circinatum, für Pityriasis circinata oder für Trichophytiasis circinata halten möchte und sie thatsächlich früher auch dafür gehalten hat. Gewöhnlich sind diese Syphilide eher bräunlich als erythematös, sie schuppen fast gar nicht, sind im allgemeinen symmetrisch und jucken kaum. Nun waren aber — und das beweist wieder, wie schwer zuweilen die Diagnose sein kann — als im vorliegenden Fall die Kranke sich zuerst vorstellte, die Geschwüre rosa-rot, nicht symmetrisch, mit starker Desquamation und juckten etwas. Ich vertrat damals Herrn Prof. Fournier und ich zögerte trotz der nachgewiesenen Syphilis keinen Augenblick, die Diagnose auf Eccema seborrhoicum der Haut zu stellen. Später änderten sich die Symptome, die Behandlung führte zu keinem Erfolg — solche Syphilide sind bekanntlich sehr hartnäckig —, und das erst leitete auf die richtige Diagnose.

Sabouraud, ein hervorragender Schüler Besniers und des Pasteurschen Instituts, machte in dieser Sitzung eine wichtige Mitteilung. Da sie gerade bei den Lesern dieser Zeitschrift auf allgemeines Interesse rechnen kann, so glaube ich, wird ein ausführlicher Bericht am Platze sein.

Sabouraud: Über das Vorkommen mehrerer Arten von Trichophyton. Ich verfüge in diesem Augenblick über hundert gut beobachtete Fälle mit mikroskopischen Untersuchungen, mit Dauer-Präparaten trichophytischer Haare oder Schuppen; ferner über mehr als 600 Kulturen von diesem Krankenmaterial, von denen ich eine gröfsere Anzahl mitgebracht habe; des weiteren über 60 Kulturen im schwebenden Tropfen, die zum Studium der botanischen Eigenschaften der Parasiten besonders geeignet sind; und endlich über 30 Impfversuche.

Ich habe mit der mikroskopischen Untersuchung der Haare begonnen und dabei gefunden, dafs

1. die trichophytischen Sporen aller kranken Stellen des nämlichen Kopfes gleich grofs waren, während zwischen den von verschiedenen Patienten herrührenden Sporen in Bezug auf die Gröfse ein Unterschied bestand, indem

2. bei einzelnen Fällen eine kleine Spore (3μ), bei andern eine grofse ($7—8 \mu$) vorhanden war;

3. die kleine Spore in keinem sichtbaren Mycelium lag, sondern ordnungslos in grofsen Haufen das Haar anfüllte und es auch äufserlich noch mit einer Art Scheide überzog;

4. die grofsen Sporen dagegen von einem sichtbaren Mycelium umgeben waren, dafs sie zu deutlichen Reihen in eben so vielen Mycelfäden angeordnet waren und dafs diese Fäden sämtlich im Haar eingeschlossen lagen, dasselbe aber nicht mit einer äufseren Hülle umgaben (das alles konnte man unterm Mikroskop deutlich erkennen, wenn man die Haare vorher in einer 40%igen Kalilaugenlösung aufkochte);

5 in den Fällen direkter Übertragung durch die Schule oder das Haus die Sporen immer die nämliche Gröfse beibehielten: klein blieben, wenn sie von einer kleinsporigen Trichophytiasis herrührten — und umgekehrt;

6. unter 20, äufserst hartnäckigen Fällen von Haarschwund die Krankheit 19 mal durch das kleinsporige Trichophyton veranlafst war, das kein sichtbares Mycelium besafs und die Haare einhüllte.

Im allgemeinen fand ich 60% Alopecie mit kleinen Sporen gegen 40% mit grofsen Sporen.

Die gleichzeitig unternommenen bakteriologischen Untersuchungen haben die mikroskopischen Unterschiede in dem Maſse bestätigt, daſs ich durch die Untersuchung der Haare sofort bestimmen konnte, welche Kulturen sie liefern würden.

1. Das Trichophyton mit groſsen Sporen liefert auf Gelatine mit vielem Bierzusatz eine Kultur, die anfangs flaumig und weiſs aussieht, die aber nach 14—18 Tagen mehlig und gelb wird; auf Kartoffeln eine Kultur, die von vornherein gelblich braun ist. Die Kultur bewahrt auf jedem Nährboden ihr trockenes, mehliges Aussehen und ihre blaſs-gelb-braune Farbe.

2. Die Kultur des kleinsporigen Trichophyton dagegen erlangt ihr Flaumhaar erst etwas später; dasselbe ist aber allemal rein weiſs und erhält sich auf jedem Nährboden.

Auf Kartoffeln bildet sich in den ersten 10 Tagen vor Auftreten des Flaumhaars ein rotbrauner Fleck, der wie eingetrocknetes Blut aussieht.

Keine einzige der Kulturen von meinen hundert Fällen hat jemals Zwischenformen aufgewiesen; niemals lieſs sich der eine Typus in den andern umkultivieren.

Alle meine Fälle von Trichophytiasis des Bartes, 6 an der Zahl, desgleichen alle meine Fälle von Trichophytiasis der unbehaarten Haut (23) lieſsen sich ausnahmslos auf das groſssporige Trichophyton zurückführen.

Aus diesen Thatsachen lassen sich eine Menge klinischer Schlüsse herleiten, wovon wohl der wichtigste der ist, daſs die hartnäckigen Formen des Herpes tonsurans immer durch das Trichophyton mit kleinen Sporen verursacht werden.

Nur bei derjenigen Form von Trichophytiasis humana, die durch groſse Sporen bedingt ist, kommt es zur Auto-Inokulation oder zur Übertragung der Trichophytiasis circinata, beziehungsweise der Trichophytiasis des Bartes, so daſs diese eine Thatsache der Ansteckung schon genügt, um die Diagnose auf groſssporige Trichophytiasis zu stellen.

Die kleinsporige Trichophytiasis scheint nur für die Haare und folglich nur für Kinder ansteckend, die allein am Herpes tonsurans leiden. Da nun aber die Mehrzahl der Fälle von Alopecie durch den kleinsporigen Pilz bedingt sind, so kann man behaupten, daſs die Trichophytiasis der Haare der Kinder für den Erwachsenen gröſstenteils nicht kontagiös ist.

In ungefähr einem Drittel der Fälle von Trichophytiasis circinata, namentlich bei allen denen, die ein sykosiformes Aussehen annehmen, bei der Trichophytiasis agminata, bei dem Kerion Celsi der Kinder, besitzt das Trichophyton groſse Sporen, deren Kulturen mit denen des oben beschriebenen Trichophyton macrosporon fast identisch sind. Sie unterscheiden sich von jenen nur durch nebensächliche Abweichungen, die aber doch auffallen und immer noch vorhanden waren, so daſs sich bis jetzt noch nicht sagen läſst, ob wir es hier mit einer unveränderlichen Varietät oder nur mit einer Rasse zu thun haben, die sich leicht wieder in den ursprünglichen Typus umwandeln läſst.

Derselben Zurückhaltung möchte ich mich noch bei einem vierten Pilz befleiſsigen (Trichophyton macrosporon anomoeon), den ich einmal bei einem Herpes tonsurans fand. Er hat groſse Sporen von unregelmäſsiger Gestalt und verschiedener Gröſse, ohne sichtbares Mycelium. Die Krankheit zeigte in diesem Fall allerlei Abweichungen, ebenso die Kulturen, die mit denen des Trichophyton macrosporon nicht ganz identisch waren.

Endlich fanden sich auſser diesen vier Pilzen in zwei Fällen noch ganz eigenartige Kulturen, die gar keine Ähnlichkeit mehr mit den Parasiten der Trichophytiasis humana boten. Der eine: Trichophyton mit schwarzer Kultur, wurde bei

einer Trichophytiasis circinata der Haut, die eine besondere Form darbot, gefunden; der andere, Trichophyton mit rosafarbener Kultur, bei einer Trichophytiasis des Bartes. Alle Umstände deuten darauf hin, daſs es sich in diesen beiden Fällen um direkte Übertragung von Tier auf Mensch handelte.

Die Impfungen mit dem kleinsporigen Trichophyton auf die unbehaarte Haut des Menschen verursachen nur ein mäſsiges Erythem mit nachfolgender Ablösung der Epidermis in groſsen Schuppen, die Heilung erfolgt bald ohne weitere Eingriffe.

Die mit den verschiedenen Arten des Trichophyton macrosporon vorgenommenen Impfungen lieferten neben zahlreichen Miſserfolgen nur die Trichophytiasis circinata communis, deren Aussehen, gleichviel auch, von welcher Varietät sie stammte, immer das nämliche blieb. Niemals gelang es, mit einem Parasiten, der von einer Follikulitis oder Sykosis stammte, durch Impfungen diese Form wieder hervorzurufen.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Dritter Kongreſs, gehalten zu Leipzig 17.—19. September 1891.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Ergänzungsheft I. 1892.)

(Schluſs.)

VI. Sitzung.

Vorsitzender: Herr PETERSEN.

Herr HAMMER: **Über den Einfluſs des Lichtes auf die Haut.** (Referiert: *Monatshefte f. prakt. Derm.* Bd. XIV. pag. 366.)

Diskussion.

Herr NEISSER fragt, ob Herr H. auch Untersuchungen bezüglich des Leukoderms angestellt und bei der Lokalisation desselben einen Einfluſs des Lichtes habe nachweisen können.

Herr HAMMER glaubt nicht, daſs das Leucoderma daher rühre, möchte die Erkrankung namentlich bei den Frauen auf eine gleichzeitig bestehende Anämie zurückführen.

Herr ARNING fragt, ob Herr H. seine Untersuchungen auf Individuen mit verschiedenem Pigmentgehalt z. B. auf Blonde und Brünette ausgedehnt habe. Es sei zweifellos, daſs beispielsweise die Rothaarigen eine äuſserst empfindliche Haut gegen das Sonnenlicht besitzen und speziell zu Epheliden sehr neigen.

Bei seinem Aufenthalte in den Tropen habe er die Wahrnehmung gemacht, daſs die Halbweiſsen, wenn sie im allgemeinen nach der hellen Seite ausschlugen, viel Sommersprossen aufwiesen und gegen die Bestrahlung empfindlich waren.

Ferner glaubte er, daſs beim Eingeborenen auf Bergeshöhen, vor allem beim Gletscherbrand die austrocknende Wirkung der verdünnten und feuchtigkeitsarmen Höhenluft eine wesentliche Rolle spiele.

Herr HAMMER hat Untersuchungen an Blonden und Brünetten nicht angestellt, glaubt aber, daſs die dunkler Pigmentierten von der Einwirkung des Lichtes weniger zu leiden hätten. Er wolle im übrigen den Einfluſs der Wärme auf die Pigmentierung nicht bestreiten.

Herr NEISSER bemerkt, daſs er der erste war, welcher auf die Bedeutung der strahlenden Wärme als Gelegenheitsursache für die Entstehung der ersten Symptome des Xeroderma pigmentosum hingewiesen hat.

Herr JADASSOHN: **Über eine eigenartige Form von „Atrophia maculosa cutis:**

Es handelt sich um eine 23 Jahre alte Patientin, deren Eltern und einzige Schwester leben und gesund sind, und die weder für Haut-, noch für Nervenkrankheiten hereditär belastet ist. In ihrem neunten Lebensjahre verbrannte sie sich beide Hände mit kochendem Wasser. Heilung unter Narbenbildung trat erst nach einem Vierteljahre ein.

Das jetzige Leiden begann im achtzehnten Lebensjahre der Patientin ohne Schmerzen, Jucken oder sonstige subjektive Empfindungen mit roten Flecken zuerst an den beiden Ellenbogen, später auch am Ober- und Unterarm. Die Patientin hat selbst die Wahrnehmung gemacht, dafs die Haut an den geröteten Stellen einsank, tiefer wurde. Ein Jahr später wurde auch die Haut der Handrücken ergriffen. Patientin empfand, namentlich bei Witterungswechsel, an den Ellenbogen ein leichtes Stechen, das im Laufe der Jahre zugenommen hat.

J. beschreibt im folgenden den jetzigen Status der Patientin. Die Krankheit ist durch runde oder mehr unregelmäfsige linsen- bis zehnpfennig-, bis Markstückgrofse, livid-rote Flecke charakterisiert, über denen die Haut verdünnt, weich, knitterig und leicht eingesunken erscheint, stellenweise mit abgeschilferter Epidermis bedeckt ist. An anderen Stellen finden sich mehr streifenförmige Efflorescenzen oder fast ganz den alten Striae ähnliche feine, weifse Streifen. Die Affektion zeigt eine auffallende Symmetrie an beiden Armen. Die rote Färbung der ersterwähnten Flecke verschwindet auf Fingerdruck.

Die Untersuchung des Nervensystems ergiebt nichts Abnormes. Die affizierten Stellen an den Ellbogengelenken sind über die Norm empfindlich.

Erst in der letzten Zeit bemerkte J. am linken Vorderarm eine etwa linsengrofse, wenig erhabene, flache Efflorescenz, die einer trockenen syphilitischen Papel sehr ähnlich war und hellrot aussah.

Im Laufe von 2—3 Wochen sank die Papel ein, die Haut wurde faltig, endlich atrophisch. — Die Patientin gab auf Befragen zu, dafs auch die anderen Stellen in ähnlicher Weise entstanden wären.

Behufs histologischer Untersuchung wurde ein kleiner, roter Fleck am linken Oberarm excidiert.

Die Färbung mit Orcein nach Taenzer-Unna ergab in allen Schnitten, in welchen die Efflorescenz getroffen war, als wesentlichsten Befund L ü c k e n i n d e m e l a s t i s c h e n N e t z d e r H a u t, und zwar in der Weise, dafs bei Schnitten durch die gröfste Breite der Efflorescenz an beiden Rändern das elastische Gewebe der Cutis erhalten, dagegen in der ganzen mittleren Partie fast ganz ausgefallen war. An peripherischen Schnitten zeigte sich in der Mitte leichte zellige Infiltration, innerhalb deren kaum eine Spur elastischer Substanz nachweisbar war. Stellenweise hatte es den Anschein, als ob von diesem Infiltrate aus das elastische Gewebe zurückwich und dem Untergange der elastischen Substanz ein leichter chronischer Infiltrationsprozefs voranging.

Das klinische Bild ist somit durch den anatomischen Befund erklärt. Der isolierte Ausfall des elastischen Gewebes bedingt ein Zusammensinken des kollagenen Gewebes und demzufolge ein Einsinken der darüber befindlichen Haut.

Die Röte der ergriffenen Partie erklärt J. einmal durch den Ausfall des elastischen Gewebes, welches wegen seiner lichtbrechenden Kraft zur weifsen Farbe der Haut beiträgt, dann durch eine stärkere Füllung der Blutgefäfse, die infolge des Wegfalles des Aufsendrucks, wie ihn die elastische Spannung der Haut bedingt, als eine einfache, passive Hyperämie hervorgerufen sein kann.

Die, wenn auch unbedeutende, Rundzelleninfiltration erklärt das Auftreten einer papulösen Efflorescenz und das Vorhandensein eines Entzündungsprozesses, bei dem Hautrötung etwas Selbstverständliches ist.

Im folgenden bespricht J. die Pathogenese dieses eigenartigen Falles, den als einfache Atrophia cutis anzusehen wegen des Auftretens der infiltrierten Papel nicht gut angeht. Um den seinigen zu erklären, hält J. Rundschau nach analogen Fällen in der Litteratur. LIVEING und SHERWELL berichten ebenfalls von einer Hypertrophie oder einer papulösen Phase, die der eigentlichen Atrophie vorangeht. — Es kommen ferner in Betracht die von PELLIZARI und BALZER beschriebenen Fälle von Erythema multiforme resp. nodosum mit nachfolgender Atrophie. Diese und noch andere aus der Litteratur erwähnten Fälle zeigen jedoch solche wesentliche Verschiedenheiten von dem JADASSOHNschen, dafs der letztere als ganz vereinzelt dastehend angesehen werden mufs, und zwar ist als hervorstechendste anatomische Besonderheit dieses Falles der Einflufs anzusehen, den der scheinbar leichte Entzündungs- und Infiltrationsprozefs gerade auf das elastische Gewebe ausübt. — Eine anatomische Verwandtschaft mit den Striae liegt vor.

J. erwähnt in einem Nachtrage einen von THIBIERGE in der Dezember-Sitzung der Société française de Dermatologie etc. vorgestellten Fall, welcher dem seinigen wenn auch nicht völlig glich, jedoch sehr ähnlich war.

Bezüglich der Bezeichnung der Gruppe von Krankheiten, welche durch den Verlust der elastischen Fasern charakterisiert ist, möchte J. den Namen „Anetodermien" (von ἄνετος locker) vorschlagen und von seinem eigenen Falle als von einer „Anetodermia erythematodes" sprechen.

Herr NEUBERGER: **Über den sogenannten Pemphigus neuroticus.**

Es handelt sich um einen auf der Breslauer Klinik beobachteten Krankheitsfall bei einem 26jährigen, hochgradig hysterischen Mädchen mit sekundären luetischen Erscheinungen. Die Patientin gab an, sich vor zwei Jahren eine Fingerverletzung zugezogen zu haben, welche die Amputation des rechten Mittelfingers notwendig machte. Auf dem Rücken der Patientin befanden sich rechts oben dicht nebeneinander zwei Narbenkeloide, an deren Stelle vorher grofse Blasen, dann Geschwüre vorhanden gewesen sein sollen.

Während ihres Aufenthaltes in der Klinik bekam Patientin plötzlich gleichzeitig mit Eintreten der bis dahin noch ausgebliebenen Menses zahlreiche Blasen in der Umgebung der rechten Brustdrüse. Die Blaseneruptionen recidivierten zuerst nur auf der rechten Körperseite, gingen jedoch später auch auf die linke Körperhälfte über.

Der Ausschlag charakterisirte sich durch meistens in der Nacht unter Brennen aufgetretene kleinere disseminierte und gröfsere, durch Konfluenz entstandene, mit einer gelblichen, klaren, serösen Flüssigkeit angefüllte Blasen. Dieselben waren von einer breiteren, weifsen, quaddelartig über das Hautniveau erhabenen Randzone umgeben, diese letztere wiederum von einem mattrot verfärbten Peripheriesaum begrenzt. — Die Blasen trockneten zu einem Schorfe ein, der abfiel und einen lebhaft eiternden, fötiden Geruch verbreitenden Substanzverlust hinterliefs. Dieser vernarbte langsam unter Keloidbildung. — Die Untersuchung des Nervensystems der Patientin ergab rechtsseitige totale Analgesie, hochgradige Herabsetzung der Tastempfindung, Erscheinungen, die auf den hysterischen Zustand der Patientin zurückgeführt wurden.

Die anfangs auf die rechte obere Extremität und Brust beschränkte Blaseneruption legte den Gedanken nahe, dafs es sich um eine periphere Nervenläsion handle, die vom Amputationsstumpf der rechten Hand ausgegangen und in ascendierender Weise auch im Rückenmark Veränderungen hervorgerufen habe. — Die histologische Untersuchung des nunmehr amputierten Amputationsstumpfes (wahrscheinlich ein Amputationsneurom) bestätigte die Annahme nicht.

N. zieht für seinen Fall aus der Litteratur analoge Fälle zur Vergleichung

heran. — Grofse Ähnlichkeit mit dem vorliegenden zeigen die von Doutrelepont und Kaposi im Archiv veröffentlichten und mit „akute multiple Hautgangrän" resp. „Zoster gangraenosus recidivus atypicus hystericus" bezeichneten Fälle.

N. hat für seinen Fall die Bezeichnung „Pemphigus neuroticus" gewählt, weil die wahrscheinlich auf nervöser Basis beruhende Blasenbildung das hervorstechendste Merkmal der Krankheit war.

Die Patientin wurde längere Zeit hindurch mit elektrischen Strömen behandelt, jedoch ohne nachhaltigen Erfolg. Die Krankheit nahm schliefslich in ganz unerwarteter Weise einen rapid malignen Verlauf, indem die Patientin unter heftigem, anhaltendem Erbrechen sehr reichlicher grünlich gefärbter Massen in kaum 8 Tagen verfiel und starb.

Der Sektionsbefund ergab: Syringomyelie. Die peripheren Nerven zeigten makroskopisch keine auffallende Veränderung.

N. spricht am Schlusse seines Vortrages die Bitte aus, dafs auch von dermatologischer Seite dem proteusartigen Symptomenkomplexe der Syringomyelie mehr Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Diskussion.

Herr Doutrelepont hat bei der Sektion des von ihm beschriebenen Falles nichts gefunden, was die Erkrankung des Zentralnervensystems hätte erklären können.

Herr Neisser spricht über den Sektionsbefund des von Neuberger beschriebenen Falles. Die Sektion ergab in typischer Weise spinale Veränderungen, welche den auf der Haut auftretenden Krankheitsherden entsprachen. Für dieselben konnte nach dem Befunde nicht die Hysterie als solche verantwortlich gemacht werden, sondern die Syringomyelie, neben der die Hysterie einherging.

Was die Nomenklatur betrifft, so möchte N. für den vorliegenden Fall die Bezeichnung Trophoneurosis bulloso-gangraenosa e Syringomyelia vorschlagen.

Herr Caspary: **Zur Diagnose des Scharlachs.**

Die heutigen, rein klinischen Scharlachsymptome bieten keine genügende Kriterien für die Sicherheit der Diagnose. Auch Vortragender ist nicht in der Lage, die Lücke in den Lehrbüchern auszufüllen, möchte aber zur Differentialdiagnose eine Krankheit besprechen, deren genaue Kenntnis in manchen Fällen die Scharlachdiagnose erleichtern könnte. Es sind dies die Rubeola, Röteln. Wenn auch einzelne Autoren, darunter Henoch, die Existenz der Rubeola als Krankheit sui generis leugnen, so sind doch die meisten Aerzte darin einig, dafs es echte, eigenartige Rubeola giebt, und dafs das Exanthem besonders gern während bestehender Scharlach- und Masernepidemien und dann ebenfalls epidemisch auftritt.

C. hat vor mehreren Jahren in Königsberg inmitten einer bösen Scharlachepidemie eine grofse Zahl von Röteln gesehen, die sich durch ihre Gutartigkeit und durch das völlige Freibleiben der Schleimhäute vom Scharlach unterschieden.

Die meisten Autoren heben bei der Beschreibung der Röteln das masernähnliche Aussehen derselben hervor, es sind Roseolen, im Durchschnitte linsengrofse oder kleinere, isolierte, seltener konfluierende Flecke, von dem punktförmigen, meist konfluenten Ausschlage des Scharlachs unterschieden. Die sogenannten Scharlachröteln werden als leichte Scarlatina aufgefafst. — C. hat sich jedoch überzeugt, dafs es Röteln giebt, welche dem Scharlach so aufserordentlich ähnlich sehen, dafs die Differentialdiagnose sehr erschwert ist.

Es werden zwei Fälle beschrieben, bei denen ein akutes Exanthem sicher vorlag, die jedoch einen ganz verschiedenen Verlauf nahmen. In ganz zweifelhaften Fällen thut man der unberechenbaren Prognose wegen gut, Scharlach anzunehmen. Nicht

jedes Erythema scarlatiniforme ist ein akutes Exanthem, beispeilsweise der chirurgische Scharlach, der Scharlach im Wochenbett.

Für den Dermatologen wäre es eine dankbare Aufgabe, an dem Hautausschlage selbst solche Anzeichen zu finden, die zwischen scharlachähnlichen Röteln, Scharlach, chirurgischem Scharlach, Arzneiexanthem unterscheiden lehren. Der frühe Beginn der Schuppungen bei noch bestehender Blüte des Ausschlages, die Art der Abschuppung, ob kleienförmig oder häutig, sind keine sicheren Kriterien. Von Thomas ist als charakteristisch für den Scharlach die Blässe von Nase, Mund, Kinn inmitten rotglänzender, geschwollener Wangenhaut betont worden. Doch ist dieselbe nicht immer bei Scharlach vorhanden und kommt auch sonst vor.

C. beschreibt einen Fall eines Exanthems nach Einnehmen von 1 Dezigramm Hydrargyrum tannicum oxydulatum) das einem Scharlachexanthem sehr ähnlich war. Nach der Abschuppung wurde der luetischen Patientin wiederum eine Dosis des erwähnten Präparates gegeben. Ein Wiederausbruch des Ausschlages blieb fort. Die Diagnose konnte somit, da der experimentelle Nachweis fehlte, zweifelhaft sein.

Als Anhaltspunkte in derartigen Fällen können nach Köbner dienen: 1. der sofortige Nachlafs des Exanthems nach Aussetzen des Medikaments, 2. der chemische Nachweis der Arzneistoffe in den physiologischen Sekreten, besonders im Harn; 3) die bestimmte Form, Lokalisation, Ausbreitung des Exanthems.

C. führte noch einige sehr interessante, hierhin gehörige Fälle aus der eigenen Praxis und aus der Litteratur an und spricht am Schlusse seines anregenden Vortrages die Hoffnung aus, dafs es bald gelingen wird, sichere Kriterien zur Beurteilung scarlatiniformer Erytheme zu erhalten.

Diskussion.

Herr Neisser bittet den Vorredner, sich den Dermatologen gegenüber noch etwas mehr über Rubeola auszusprechen.

Herr Caspary fafst Rubeola als Krankheit sui generis auf, und zwar als eine akute Infektionskrankheit mit vollkommen masernähnlichem oder richtiger einem dem Masernexanthem vollständig identischen Ausschlage bei völligem Freibleiben von Conjunctiva, Nasen- und Bronchialschleimhaut. In den von C. beobachteten Fällen bestand ephemeres geringes Fieber, wenige Tage bestehendes leichtes Exanthem, keine oder geringe Abschuppung; keine Nachkrankheit im Gefolge. Schwieriger wird die Diagnose bei den scharlachähnlichen Röteln.

Im übrigen verweist C. auf eine sehr hübsche diesbezügliche Arbeit von Seitz in Zürich (im *Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte* veröffentlicht).

Herr Barlow: **Über Chlorzinkstiftbehandlung bei Uterin-Gonorrhoe.**

Die Stifte bestanden nach Dumontpalliers Vorschrift aus

Chlorzink	10,0 g
Roggenmehl	20,0 „

und etwas Zusatz von Traganthschleim.

Aus dieser Masse wurden Stäbchen von 15 cm Länge, 4—6 mm Dicke ausgerollt, im Exsiccator gehärtet und in chlorzinkhaltigem Äther aufbewahrt. In jedem Stifte befand sich $33^1/_3$ % Chlorzink.

B. folgte der Methode Schäffers, die dieser in seiner Arbeit: „Die Behandlung der Endometritis mittelst Chlorzinkstifte" (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 17) angegeben hat.

Es wurden 13 Fälle damit behandelt.

Die mehr oder minder ausgedehnte Verätzung der Uterusschleimhaut und einer beträchtlichen Schicht der Muscularis wurde von den Patientinnen gut vertragen. Fast alle konnten nach 24 Stunden das Bett verlassen. Die unter leichten Wehen

am 4.—9. Tage ausgestoſsenen nekrotischen Massen wurden auf Gonokokken mikroskopisch untersucht. Das Resultat war negativ.

Von den 13 mit Chlorzinkstift behandelten Patientinnen trat in drei Fällen Atresia uteri (!!) ein; in zwei Fällen war trotz der intensiven Verätzung die Heilung der Gonorrhoe nicht erfolgt. Bei 7 Patientinnen hat sich keine erhebliche, sichtbare Ätzwirkung gezeigt.

Angesichts der teilweise negativen, teilweise sehr bedenklichen Resultate kann B. ebensowenig wie Schäffer die Anwendung der Chlorzinkstifte zur Behandlung der Uterin-Gonorrhoe empfehlen.

Herr Petersen: **Über Temperatursteigerung nach Injektionen von Hydrargyrum salicylicum bei Syphilis.**

Die Nebenwirkung der Injektionen mit Hg salicylicum ist, soweit dieselbe die Darmschleimhaut, Haut, Nervensystem etc. betraf, von Lesser auf dem I. Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft besprochen worden. Systematische Beobachtungen über Temperaturerhöhungen nach Injektionen sind bis jetzt nicht angestellt worden. Grczibowski hat wohl 1889 in der russischen dermatologischen Gesellschaft über Temperaturerhöhungen nach Injektionen unlöslicher Hg-Präparate gesprochen, aber keine genaueren Daten über die Zahl seiner Fälle, auch keine Temperaturtabellen gebracht. Er machte die Wahrnehmung, daſs die Temperatur nach den ersten Injektionen höher steigt, zuweilen bis 39°, meist über 38°, daſs, je höher die Temperatur nach den Injektionen stieg, um so schneller die Symptome der Syphilis schwanden.

In einer Arbeit Selennos über Injektionen groſser Dosen Sublimat (*Mediciniskoje Obosrenije.* 1891. No. 3) wird auf die Möglichkeit der Einwirkung der rasch ins Blut aufgenommenen Hg-Mengen auf das Wärmezentrum hingewiesen.

Petersen hat nun bei 54 Fällen aus seiner Hospitalabteilung die Temperatur systematisch beobachtet. Von diesen 54 Fällen, welche den verschiedensten Altersklassen angehörten, waren a) 35 mit Syphilis recens, b) 12 mit Syphilis recidiva, c) 7 Fälle mit Syphilis tardiva.

Die Temperaturen wurden am Morgen des Injektionstages um 9 Uhr gemessen, die Injektion erfolgte dann zwischen 11—12 Uhr; die zweite Messung wurde um 5 Uhr nachmittags vorgenommen. Zeigte sich eine Temperatursteigerung, so wurde noch so lange 2 mal täglich weiter gemessen, bis sich die Temperatur wieder normal erwies.

Petersen giebt im folgenden die Daten über die einzelnen Fälle und zieht aus denselben den Schluſs, daſs bei frischer Syphilis die Temperatursteigerungen viel häufiger sind, als in der Recidivperiode. Ferner stieg die Temperatur am überwiegend häufigsten nach der ersten Injektion (in 21 Fällen von 54); die Steigerung war in der Mehrzahl der Fälle gering und hielt nur ganz kurze Zeit an (25 mal nur 1/2 Tag). Temperaturherabsetzung wurde 9 mal beobachtet, darunter 4 mal nach der zweiten Injektion.

Stomatitis und Durchfälle traten gar nicht auf. Die Injektionen wurden unter den üblichen Kautelen der Asepsis gemacht.

Von Nebenwirkungen ist das Auftreten eines allgemeinen Erythems nach der ersten Injektion in einem Falle bemerkenswert.

P. erörtert im folgenden die Fragen: Welche Ursache liegt diesen Temperatursteigerungen zu Grunde? Sind dieselben als Fieber aufzufassen, oder handelt es sich um reflektorische Beeinflussung des Wärmeregulierungszentrums? Da Beobachtungen, wie sich die Stickstoffausscheidung resp. der Stoffwechsel zu den Temperatursteigerungen verhält, noch ausstehen, so wagt P. die Fragen nicht zu entscheiden.

Für einen Teil der Beobachtungen möchte P. die Reaktion als eine fieberhafte ansehen; dieselbe ist um so prompter, je kürzere Zeit seit dem Ausbruche des luetischen Exanthems verflossen, der ja auch nicht selten von Temperatursteigerung begleitet wird. Das Wärmeregulierungszentrum scheint in diesen Fällen noch leicht alterierbar.

P. hat versucht durch Gaben von Chinin unmittelbar nach der Injektion eine Temperatursteigerung zu verhindern. Die Patienten befinden sich überhaupt besser dabei. Daten, wie sich die Temperatur bei gleichzeitigen Chiningaben verhält, kann P. noch nicht beibringen.

Diskussion.

Herr Lesser schliefst sich den Ausführungen des Vorredners an.

Als eine seltenere Nebenerscheinung nach Injektionen von Hydrargyrum salicylicum führt L. eine auffällige Polyurie an, welche er bei einem Patienten beobachtet hat. Nach jeder Injektion bekam der Kranke Polyurie, die nach 24 Stunden wieder verschwand.

Quincke hat ähnliche Beobachtungen gemacht.

Herr Epstein bemerkt, dafs auch andere Allgemeinwirkungen, wie Kongestion nach dem Gehirn etc., ferner die ab und zu auftretenden leichten Darmreizungen, fast nur nach der ersten oder den ersten Injektionen sich einstellten. — Später tritt Gewöhnung an das Mittel ein.

Herr Jadassohn richtet an Herrn Petersen die Frage, ob er bei seinen Beobachtungen Unterschiede in der Reaktion nach Hg-Injektionen bei den beiden Geschlechtern gefunden hat.

Herr Petersen hat seine Untersuchung nur an Männern angestellt.

Herr Jadassohn bemerkt sodann, dafs er solche Fiebererhebungen auch in der Breslauer Klinik beobachtet habe, und dafs er den Eindruck gewann, dafs dieselben bei Weibern viel häufiger sind als bei Männern.

Dieses Fieber möchte J. als eine Reaktion des Organismus gegen die Resorption des Hg. auffassen, ähnlich wie beim Tuberkulin, Kantharidin, bei denen die späteren Injektionen vielfach ohne solch einen Effekt verlaufen.

J. hat ebenfalls eine starke Polyurie nach Hg-Salizyl-Injektionen auftreten sehen.

Dafs Petersen die Reaktion bei Patienten mit luetischen Recidiven viel weniger häufig gesehen hat, möchte J. ebenfalls die Gewöhnung an das Hg als Ursache anführen.

Herr Petersen bemerkt, dafs er die Patientin zum ersten Male behandelt habe, dafs ein Teil derselben überhaupt die erste antisyphilitische Kur durchmachte.

Herr Löwenhardt hat nach Einspritzungen von 1 cgr Sublimat Temperatursteigerung beobachtet.

Herr Lang bestätigt die Beobachtungen Petersens, hat bei Weibern ebenfalls eine gröfsere Empfindlichkeit wahrgenommen. Auf die Polyurie mit gleichzeitig gesteigerter Appetenz hat L. bereits in einem Aufsatze über Syphilisbehandlung (1889) aufmerksam gemacht.

Herr von Sehlen hat bei zwei Patienten nach Hg-Salizyl-Injektionen starke nächtliche Schweifse auftreten sehen. Im weiteren Verlaufe blieben dieselben aus.

Herr Galewsky bemerkt, dafs man aus den ungünstigen Resultaten bei Hg-Injektionen nicht immer auf die Unzulänglichkeit der Methode Schlüsse ziehen solle. Ein Patient habe ihm berichtet, dafs er nach einer Hg Einspritzung vierzehn Tage unter heftigen Schmerzen das Bett habe hüten müssen. — Der betreffende Arzt hatte die Einspritzung vermittelst eines Troikarts gemacht. — Derselbe Patient hat G.'s Einspritzungen gut vertragen.

Herr Winternitz bemerkt, dafs schon vor längerer Zeit Salkowsky, Bieganski

u. a. auf die Steigerung der Diurese als Wirkung eingeführten Quecksilbers hingewiesen haben, und dafs diese Wirkung selbst zu therapeutischen Zwecken, z. B. zur Resorption von Exsudaten, herangezogen wurde.

Auf den Vorschlag von Prof. Neisser wird der anwesende Herr Curschmann ersucht, bei dem Präsidium der Naturforscherversammlung dahin zu wirken, die Spezialsektion für Dermatologie und Syphilidologie eingehen zu lassen. (Scheint keinen Erfolg gehabt zu haben! Cfr. die Einladung zur Teilnahme am Naturforscherkongresse in Nürnberg! Ref.)

Der Präsident Herr Lipp erklärt nach einem kurzen Überblicke über die wissenschaftlichen Arbeiten den dritten Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft für geschlossen.

Es folgen am Schlusse des umfangreichen Ergänzungsheftes die beiden von Prof. Caspary abgefafsten Nekrologe auf die verstorbenen Mitglieder der Gesellschaft P. Michelson und Lipp. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Jahrgang 1892. Heft IV.

I. **Beitrag zur Physiologie der Pigmentzellen nach Versuchen am Farbenwechsel der Amphibien,** von S. Ehrmann.

a) Die physikalischen Eigenschaften der Pigmente. Die charakteristische Zeichnung der Haut der Batrachier und der Amphibien kommt hauptsächlich dadurch zu stande, dafs die unmittelbar unter der Epidermis befindlichen, verzweigten, aktiv beweglichen Pigmentzellen verschiedene Arten von Farbstoffkörperchen enthalten, welche Lichtstrahlen von bestimmter Farbe durch die durchsichtige Epidermis reflektieren.

Man unterscheidet vier solcher Arten von Farbstoff:

1. Der schwarz-braune Farbstoff (Melanin), der das auf ihn auffallende Licht zum grofsen Teile durchläfst und auslöscht.

2. Das weifse Pigment, welches alle auffallenden Lichtstrahlen reflektiert, die durchgehenden Strahlen gröfstenteils auslöscht und dann rauch-grau erscheint.

3. Das gelbe Pigment, das im auffallenden wie durchfallenden Lichte gelb erscheint, mithin durchsichtig ist. Dasselbe ist in Äther und in warmem Alkohol löslich, schwärzt sich mit Osmium, reagiert wie die Fette und gehört zu den fettähnlichen oder von Fett stammenden Körpern, den Krukenbergschen Lipochromen.

4. Pigmentkörperchen, welche durchsichtig sind, in denen aber die Lichtstrahlen beim Durchtritte interferieren. (Irrisierendes Pigment nach Leydig.) Dieses Pigment erteilt manchmal der grünen oder grauen Hautfarbe einen perlmutterähnlichen Schimmer.

In einer Anmerkung giebt E. Mertschings Ansichten über das Pigment wieder.

b) Das Verhältnis der Pigmente zu den Zellen. Der Einfachheit wegen bezeichnet E. die drei letzterwähnten als die hellen Pigmente, das Melanin als das schwarze Pigment.

Die hellen Pigmente sind in polygonalen Zellen mit kurzen, dünnen Fortsätzen eingeschlossen. Diese polygonalen, hellen Pigmentzellen sind zumeist über den Zellkörpern der Melaninzellen näher zur Epidermis gelegen, unmittelbar unter der „Basalmembran" derselben.

Das Mengenverhältnis der hellen Pigmente ist bei Hyla arborea sehr konstant, während bei Rana esculenta es graue Individuen giebt, wo das gelbe Pigment gröfstenteils fehlt, und grüne, bei denen es reichlich vorhanden ist.

E. beschreibt im folgenden das Verfahren, wie er die für die Beurteilung der optisch-physikalischen Vorgänge wichtige mikroskopische Untersuchung der Flächenpräparate vorgenommen hat.

Die blaue Farbe kommt dadurch zu stande, dafs über den schwarzen Pigmentzellen die hellen, namentlich mit weifsem Pigment, wie ein trübes Medium ausgebreitet sind, welches die langwelligen, näher zum Rot des Spektrums liegenden Strahlen absorbiert, die kurzwelligen blauen jedoch reflektiert, ähnlich wie der Nebel gegen eine dunkle Bergwand, Milch auf einer dunklen Platte bei durchfallendem Lichte blau erscheint.

Grün kommt durch das Zusammentreffen von blauem und gelbem Lichte auf unserer Netzhaut zu stande.

Es werden sodann im folgenden die Schattierungen der verschiedenen Farben besprochen.

Die aktive Rolle, welche die Pigmentzellen, insbesondere deren Fortsätze, bei dem Zustandekommen der Farben spielen, wird eingehend erörtert.

c) Die Abhängigkeit der Chromatophorenbewegung von Nerven und äufseren Einflüssen.

Verfasser hat sich ebenso wie Leydig durch Experimente überzeugen können, dafs das Hell- und Dunkelwerden bis zu einem gewissen Grade von Nerveneinflüssen abhängt. Doch ist dies nicht immer der Fall; zuweilen spielt hierbei auch die Cirkulation eine Rolle. Man kann beispielsweise ein Hellwerden der Froschhaut unter allen Umständen sehen, wenn man die Arteria ischiadica unterbindet.

Einen Einflufs auf den Farbenzustand üben, wie man sich experimentell überzeugen kann, aus:

1. Die Belichtung,
2. die Wärme,
3. chemische Reize.

Es werden hierfür Beispiele angeführt.

Von chemischen Mitteln ist als Reizmittel das Kochsalz bekannt. Bringt man Kochsalz auf die Haut eines hellgrünen Frosches, so wird dieselbe sofort schwärzlich. Man mufs annehmen, dafs unter der Einwirkung dieses Reizmittels die dunklen Pigmentzellen ihre Fortsätze ausstrecken, welche an die Oberfläche der hellen polygonalen Zellen gelangen und diese förmlich umfliefsen.

E. zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

1. Bei der Bewegung der Pigmentzellen handelt es sich nicht blofs um Ein- und Ausziehen von Zellfortsätzen, sondern auch um eine innere, protoplasmatische, und zwar gesetzmäfsig verlaufende, also höchst wahrscheinlich eine innere Organisation der Pigmentzellen voraussetzende Bewegung.

2. Das Ein- und Ausstrecken der Fortsätze der Pigmentzellen ist nicht in Analogie zu bringen mit der Verkürzung und Erschlaffung der Muskelfasern, denn diese besitzen nicht die Fähigkeit, im Kontraktionszustande Körper fortzuschaffen, wie sie den Pigmentzellen beim Ausstrecken der Fortsätze eigen ist.

3. De norma senden nur die das Melanin enthaltenden Pigmentzellen Fortsätze gegen die Epidermis aus, schaffen also das Pigment fort, während die hellen Pigmentzellen im wesentlichen nur innere protoplasmatische Bewegungen zeigen, also bei inneren Umlagerungen des Pigments thätig sind.

II. **Zur Ätiologie des Pemphigus** von Dr. KIRCHNER.

Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall von Pemphigus, der ganz ausgesprochen den Charakter einer neuritischen Hautentzündung hatte, und in welchem ein ganz bestimmtes ursächliches Moment für die Entstehung dieser Neurose sich geltend gemacht hat.

Es handelt sich um einen 54 Jahre alten, ziemlich starken Potator, der sonst gesund war. Fast täglich kam derselbe, stark erhitzt und in Schweifs gebadet, ins kalte Geschäftszimmer und setzte sich hier einer plötzlichen, starken Abkühlung aus.

Im November 1885 verspürte er eines Tages ein intensives Kältegefühl in den Armen; die Schweifsabsonderung liefs allmählich nach und hörte anfangs Dezember ganz auf. Unter heftigem Jucken erschienen zuerst an den Armen, dann an den Oberschenkeln, Fufsrücken, Kopf, Hals, Rumpf, schliefslich an der Innenseite der Unterschenkel ziemlich symmetrisch auf beiden Seiten Blasen.

Die Behandlung ging darauf aus, die Schweifsabsonderung bei dem Patienten wieder herbeizuführen, was erst nach Pilokarpininjektionen erreicht wurde. Die Blasenbildung liefs nach; es zeigten sich an verschiedenen Stellen nur Knötchen. Die gute Wirkung hielt jedoch nicht lange an.

Das Pilokarpin versagte später. Einmal wurde mit Fliedermus sehr starker Schweifs erzielt, worauf die Knötcheneruptionen und das Jucken aufhörten. Recidive kamen und schwanden. Fast immer ging einem erneuten Ausbruche völliges Aufhören der Schweifsabsonderung voran. Anfang Juni 1886 bekam er einen neuen ausgesprochenen Pemphigusanfall. Diese Anfälle erneuerten sich noch einige Male, bis der Patient sich streng vor Erkältungen schützte und von den Pemphiguseruptionen verschont blieb.

Verfasser glaubt, dafs der vorliegende Fall von Pemphigus eine Hautentzündung ist, welche auf eine Erkrankung gewisser Teile des Nervensystems zurückgeführt werden müsse. — Die mikroskopische Untersuchung der Knötchen zeigte, dafs es sich um eine wirkliche Hautentzündung handelte. Für den neuritischen Charakter derselben sprach vor allem das fast stets genau symmetrische und bezirksweise Auftreten der Knötchen, bezw. der Blasen. Es hatte auch oft den Anschein, als ob die Blasen sich im Verbreitungsgebiete eines oder mehrerer Nerven sich fanden. — An den Beinen wurden zuerst Nervengebiete, welche zum Plexus lumbalis, dann solche, welche zum Plexus ischiadicus gehören, beobachtet. An den Unterschenkeln befand sich der letzte Blasenschub genau im Verlaufe des Nervus saphenus. Am Kopfe ergriffen die Blasen hauptsächlich das Gebiet des Trigeminus.

Verfasser erörtert sodann die Frage, ob man die Krankheit als Angioneurose oder als Trophoneurose auffassen sollte. — MOSLER sah sie als vasomotorische, SCHWIMMER als Trophoneurose an. — Verfasser möchte, was seinen eigenen Fall betrifft, sich mehr für die letztere entscheiden, ohne jedoch den angioneurotischen Charakter gänzlich leugnen zu wollen.

Welches ist die Ursache dieser neuritischen Hautentzündung?

Auf dem Kongrefs für innere Medizin 1890 wurde die Ansicht vielfach laut, dafs es sich beim Pemphigus, namentlich beim akuten, um eine Infektionskrankheit handeln müsse, auch wenn man spezifische Mikroorganismen noch nicht gefunden habe.

Für den vorliegenden Fall ist die Erkältung jedenfalls die nähere Veranlassung zum Ausbruche der Eruptionen gewesen. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dafs diese allein im stande war, die ganze Krankheit hervorzurufen, ja unmittelbar die Ursache derselben sein konnte. Auch bei der Erfrierung bilden sich Blasen wie beim Pemphigus, hier wie dort ist Nekrose die Folge der Kälteeinwirkung, beim Pemphigus nur in der Stachelschicht, bei der Erfrierung stets tiefer greifend.

Von Interesse ist es, dafs unter dem Einflusse der Kälte die Schweifsabsonderung allmählich aufhörte. Verfasser glaubt, dafs unter der Einwirkung der Kälte die glatte Hautmuskulatur sich in einem anhaltenden Kontraktionszustand befunden, der die Blutcirkulation in der Haut sehr beschränkt und schliefslich zu einer Sistierung der Schweifsabsonderung geführt habe.

Verfasser erörtert im folgenden ausführlich die Frage über den Ort der Entstehung des Schweifses und gelangt nach dem klinischen und histologischen Befunde zur Annahme, dafs der Schweifs eine durch die Lymphspalten der Lederhaut und die interspinalen Räume der Stachelschicht in den Gang gelangende Abscheidung aus dem Blute ist. — Die Schweifsabsonderung ist eine bilaterale Funktion des Centralnervensystems.

Pilokarpin, das wiederholentlich in Anwendung kam, wirkt auf das Schweifscentrum erregend ein. Es hat im Beginn prompt gewirkt und die Schweifsabsonderung herbeigeführt, worauf dann meistens die Eruptionen schwanden. Mit der Zeit scheint eine Gewöhnung an das Mittel eingetreten zu sein, da es auf die Schweifsabsonderung keinen Einflufs mehr auszuüben im stande war. Besserer Erfolg wurde mit Fliedermus erzielt. Später traten die Schweifse spontan ein. Die Heilung blieb andauernd. Es kamen im vorliegenden Falle auch warme Bäder in Anwendung.

Verfasser erwähnt einige auffallende Nebenwirkungen des Pilokarpins. Nach 0,015 Pilokarpin traten einmal Delirien auf, vielleicht eine Folge einer Gehirnanämie, die bei dem starken Blutzuflusse nach der äufseren Haut eintreten kann. — Ferner war mehrmals starke Harnabsonderung unter der Pilokarpineinwirkung eingetreten.

Von Interesse ist die aufserordentlich schweifstreibende Wirkung des Fliedermuses. Dasselbe wird aus den reifen Früchten des Hollunders bereitet. Vielleicht ist in demselben, wie in den schweifstreibenden Theespezies (Flieder, Kamillen, Melissenblätter, Lindenblüten), irgend ein spezifischer, auf das Schweifscentrum oder die Schweifsnerven wirkender Stoff vorhanden. Es lohnte sich, daraufhin die ätherischen Öle zu untersuchen, welche in den erwähnten Theespezies enthalten sind.

Verfasser macht am Schlusse noch einige therapeutische Bemerkungen zur Behandlung des Pemphigus überhaupt.

III. **Die sogenannte RAYNAUDsche Krankheit (Gangraena symmetrica) syphilitischen Ursprunges,** von ANTON ELSENBERG.

Verfasser beschreibt einen Fall aus seiner Hospitalpraxis.

Die 22jährige Patientin kam 10. April 1888 in bereits schwerem Zustande in die Klinik. Die Untersuchung ergab normale Lungengrenzen, in der rechten Spitze etwas verschärftes, vesikuläres Atmen, Herz normal gelagert, Töne rein, Puls klein 108. Leber stark vergröfsert, obere Milzgrenze bis zur 7. Rippe reichend, leichtes Fieber, Appetitlosigkeit. Kein Zucker, kein Eiweifs im Harn.

Ziemlich symmetrisch auf beiden Wangen, sah man einige konfluierende, dunkelviolette, unregelmäfsig viereckige Fleckchen von ½—1 cm Durchmesser. Am Kinn befanden sich ebensolche.

Die Haut des Rumpfes und der Extremitäten ist von dunkelroten, auf Fingerdruck nicht verschwindenden Flecken bedeckt (es sind kleine Hämorrhagien in den oberflächlichen Hautschichten).

An vielen Stellen zeigte sich die Haut der Extremitäten der Gangrän verfallen. So war die Haut an der Dorsalfläche beider Hände dunkelviolett, beinahe schwarz verfärbt und unempfindlich. Die mittlere Phalanx des Zeigefingers ist ihrer Epidermis beraubt, dunkelrot verfärbt. Ein ähnliches Aussehen zeigen auch viele Stellen der unteren Extremitäten. Die Weichteile sämtlicher Zehen des rechten Fufses waren

gangränös zerstört, die Haut der Dorsalfläche des Fußes bis zur Mitte stark gerötet, der ganze Fuß ödematös geschwollen. An den Unterschenkeln sieht man zahlreiche Narben. Hals- und Inguinaldrüsen sind vergrößert, die Kopfknochen stellenweise verdickt.

Die Patientin litt in der letzten Zeit an Durchfällen.

Die Krankheit hatte vor sechs Monaten mit kleinen Fleckchen an der rechten Wange begonnen.

Die Mutter der Patientin ist an Lungentuberkulose gestorben; der Vater und zwei Brüder sind gesund. Die Patientin hat, 16 Jahre alt, einen 16jährigen, angeblich gesunden Burschen geheiratet. Seit der Geburt des ersten Kindes, welches, vier Wochen alt, an Harnverhaltung starb, hatte die Patientin an Kreuzschmerzen, Schmerzen in der unteren Bauchgegend und an Fluor zu leiden. Im Hospital fieberte die Patientin stets. Am 9. Mai trat unter hochgradiger Schwäche, Abmagerung, Collaps der Exitus letalis ein.

Die Narben an den Unterschenkeln, die Lebervergrößerung, die Veränderungen an den Schädelknochen, die extensive Gangrän ließen auf ein syphilitisches Leiden schließen.

Die vorgenommene Sektion hat die Diagnose bestätigt.

Im ganzen normal war der Respirationstractus und das Herz.

Die Leber vergrößert, die Leberlappen deformiert, die Ränder dick und stumpf, hier und da narbige, tief ins Leberparenchym hineinreichende Einziehungen. Unmittelbar unter der Oberfläche und auch an der unteren Fläche der Leber eine Anzahl hirsekorn- bis haselnußgroßer Gummiknoten. Die Milz um das vierfache vergrößert. Die kleinen Äste der Arteria dorsalis pedis sind atheromatös entartet. Die kleinen Arterien an den Rändern der brandigen Geschwüre besitzen hochgradig verdickte Wandungen, welche das Lumen fast gänzlich verstopfen.

Wenn auch der Zustand der veränderten kleinen Blutgefäße nichts spezifisch Syphilitisches hat, so wird man angesichts der übrigen untrüglichen Anzeichen von Syphilis auch die Veränderungen an den Blutgefäßen und die daraus resultierende Gangrän auf syphilitischen Ursprung zurückführen müssen.

Raynaud bezeichnet als letzte Ursache der symmetrischen Gangrän einen lange genug anhaltenden reflektorischen Gefäßkrampf. Es liegen jedoch aus der Litteratur Beobachtungen vor, die für eine Entstehung der Raynaudschen Krankheit auf Grund trophischer Störungen sprechen, welche durch Entzündung der peripheren Nerven nach Traumen, Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Affektion der nervösen Centra hervorgerufen sind. Da in diesen Fällen die Gefäßveränderungen meistens fehlen, so wird man die Raynaudsche Krankheit nicht immer als Krankheit sui generis, sondern auch sekundär als Symptom verschiedener Krankheiten anzusehen haben.

In der letzten Zeit sind mehrere Fälle der Raynaudschen Krankheit mit syphilitischem Ursprunge so von Giovannini, Klotz, Baraban, Etienne u. a., veröffentlicht worden.

IV. **Pediculi pubis auf der behaarten Kopfhaut,** von Ignaz Heisler.

In der Litteratur ist bis jetzt nicht berichtet worden, daß die Pediculi pubis auch an anderen als den bekannten Stellen des Körpers (Schamgegend, untere Extremitäten, Brust, Achselhöhle, Bart, Wimpern, Augenbrauen) vorkommen.

Namentlich ist es direkt bestritten worden, so auch im Hebra-Kaposischen Lehrbuche, daß die Pediculi pubis auf dem behaarten Kopfe sich vorfinden.

Verfasser weiß nun aus Dr. Rónas Poliklinik in Budapest über einen 14 Monate alten Knaben zu berichten, dessen Wimpern, Augenbrauen und Schläfen-

gegend, Haupt und Hinterhaupt von Pediculi pubis mehr oder weniger dicht besetzt, und die Haare voll mit deren Nissen waren. Die Haare waren lichtblond, 2—4 cm lang, nicht gekraust. Das Kind hatte sich die Pediculi pubis von der Dienstmagd, mit der es zusammenschlief, geholt.

V. **Über Vererbung der Syphilis,** von J. Neumann.

Es steht fest, dafs die Syphilis schon durch den Akt der Zeugung auf die Nachkommenschaft übergeht, jedoch nur auf die nächste Generation — von den Eltern auf die Kinder — übertragen wird.

Beweise für die Übertragung der Syphilis von Grofseltern auf die Enkelkinder sind bis jetzt nicht erbracht. Selbst in den Fällen von endemischer Syphilis, wie sie beispielsweise in Dalmatien, Bosnien häufiger vorkommt, fehlt für die Annahme einer Vererbung der Krankheit auf mehrere Generationen eine ausreichende Stütze. Es giebt somit für die hereditäre Syphilis nur den direkten Einflufs des syphilitischen Sperma auf das Ovulum im Momente der Zeugung, oder umgekehrt, oder aber es können Ovulum und Sperma gleichzeitig die Infizierenden sein.

Der Einflufs der infizierten Mutter auf den Fötus wird sich infolge des utero-fötalen Säfteaustausches stets intensiver gestalten, als der des erkrankten Vaters.

Die infizierende Eigenschaft des syphilitischen Sperma kennen wir nur aus seiner Wirkung auf die Nachkommenschaft; es ist bis jetzt nicht gelungen, durch Impfung mit demselben Syphilis an Gesunden zu erzeugen.

Was die Natur des im Sperma und im Ovulum vorkommenden Virus betrifft, so gehen die Ansichten hierüber auseinander, wie überhaupt die Frage nach der Natur des syphilitischen Virus noch ihrer Lösung harrt.

Die Erfahrung lehrt jedoch, dafs die Syphilis nicht nur spermatisch-ovulär (im Momente der Zeugung), sondern auch postkonzeptionell von der erst nach der Konzeption infizierten Mutter auf den Fötus übertragen werden kann, obwohl der Vater zur Zeit der Zeugung nachweisbar gesund war.

Die Übertragung der Syphilis durch den Vater ist weit häufiger als durch die Mutter, und sie wird um so intensiver sein, je geringer der Intervall von der Infektion bis zur Zeugung, je weniger rigoros die antiluetische Behandlung gewesen ist.

Die S y p h i l i s d e s V a t e r s führt viel häufiger zu Abortus, als zum eigentlichen Ausbruch der Syphilis, eine zweckmäfsige, wiederholte merkurielle Behandlung des Vaters, zuweilen auch der Mutter, kann die habituellen Aborte eindämmen und schliefslich die Geburt gesunder Kinder herbeiführen.

Weit intensiver ist der Einflufs der infizierten Mutter auf den Fötus, der sein Ernährungsmaterial aus dem Blute des mütterlichen Organismus erhält. Während der Einflufs des kranken Vaters auf den Embryo mit dem Momente der Zeugung erlischt, wirkt die kranke Mutter fort und fort während der ganzen Schwangerschaftsdauer auf den Fötus ein.

Die Intensität der Erkrankung des Fötus hängt indessen auch von der Dauer der mütterlichen Syphilis ab, ob diese zur Zeit der Konzeption inveteriert, ob sie recent ist, ob die Konzeption und Infektion gleichzeitig erfolgt, ferner, ob die Mutter erst nach der Konzeption, und in welchem Monate der Schwangerschaft sie infiziert wurde, endlich fällt die mehr oder weniger zweckmäfsige, vorangegangene antiluetische Behandlung ins Gewicht.

Verfasser giebt im folgenden eine Statistik der von ihm auf die Vererbung der Syphilis genau beobachteten Fälle. Wir entnehmen dieser Statistik:

1. Die in den ersten Monaten der Schwangerschaft übertragene Syphilis der Mutter tötet das Kind; in den letzten Monaten der Schwangerschaft geht die Syphilis in der Regel auf das Kind n i c h t über.

2. Die gröfste Zahl der Erkrankungen an hereditärer Syphilis erfolgt in den ersten drei Jahren nach der Infektion, das Maximum fällt in das erste Jahr; nach den ersten drei Jahren nimmt sie in langsamer Weise ab.

a) Für die Infektion vor der Konzeption beträgt die Mortalität 65%; Schädlichkeit 70%.

b) Bei gleichzeitiger Infektion und Konzeption Mortalität 75%; Schädlichkeit 91%.

c) Für die postkonzeptionelle Syphilis Mortalität 39,8%; Schädlichkeit 72%.

3. Eine Übertragung auf die Nachkommenschaft bei Infektion im 9. Monate der Schwangerschaft hat Verfasser nicht beobachtet und begründet diese Erscheinung dahin, dafs die Sklerose mindestens eine Zeit lang eine örtliche Erkrankung bleibt, während welcher das Virus noch keine Blutintoxikation der Mutter zur Folge hatte und demnach nicht durch den utero-fötalen Säfteaustausch auf dem Wege der placentaren Cirkulation auf den Fötus wirken konnte.

4. Ist ein solcher Übergang der Syphilis von der Mutter zum Fötus möglich, so mufs er auch in umgekehrter Richtung zugestanden werden (Choc en retour); doch ist ein derartiger Übergang selten, und können Mütter, trotzdem sie mehrere syphilitische Kinder geboren, selbst frei von allen Symptomen der Syphilis bleiben. Dafs eine derartige Immunität der Mutter gegenüber dem syphilitischen Fötus während der Schwangerschaft thatsächlich besteht, wird auch dadurch bewiesen werden, dafs die Mutter von aufsen her in jedem Schwangerschaftsmonate infiziert werden kann.

5. Die Vererbung der Syphilis zählt zu den verhängnisvollsten Vermächtnissen, indem sie einen grofsen Teil der Nachkommenschaft tötet. Die Mortalität gestaltet sich sicherlich noch weit höher, als sie in der Statistik angegeben ist, wenn man erwägt, dafs eine grofse Zahl derjenigen Kinder, welche bei der Geburt als lebend, reif, gesund figurieren, in den ersten Monaten oder Jahren des Lebens den Sünden ihrer Erzeuger zum Opfer fallen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Ätiologie der strikturierenden Mastdarmgeschwüre, von Poelchen. (*Virchows Arch.* 1892. Bd. 127.) Verfasser hat sich der Mühe unterzogen, die Frage nach der Ätiologie der Mastdarmgeschwüre zu untersuchen, und hat zur Klärung derselben die Litteraturangaben gesammelt. Sein Material umfafst 219 Fälle; leider ist, um das vorwegzunehmen, nach Angabe des Verfassers bis jetzt mit dieser objektiven Zusammenstellung noch wenig Brauchbares gefunden, es mufs vielmehr dies bis jetzt fast als unheilbar zu bezeichnende Leiden von neuem studiert werden, vor allem durch jahrelange, sorgfältige Beobachtung und rektale Untersuchung aller einschlägigen Fälle.

Aus der Statistik ergiebt sich, dafs Frauen in überwiegender Mehrzahl betroffen werden, 190 von 219 Fällen; 96 Individuen waren syphilitisch, 6 bestimmt nicht: es giebt also Rektumverschwärung ohne Syphilis. Eine grofse Rolle spielen entschieden durchgemachte Geburten. Quecksilbertherapie ist nur 26 mal als vorausgegangen angegeben. Von sonstigen anamnestischen Momenten beschäftigt sich Verfasser eingehender mit der Frage, ob eine Immissio penis per anum stattgefunden hat; in einem gut beobachteten derartigen Falle sah Verfasser luetische Geschwüre an der engsten Stelle, dem Analring; es ist auch wohl klar, dafs hier die unmittelbaren Folgen des Coitus per anum sich zuerst entwickeln müssen, mittelbar können sich dann Rektumgeschwüre anschliefsen; in 4 Fällen veranlafsten Traumen die Striktur. Lange bestehende Obstipation kann durch Druck der Kotballen und Infektion der Submucosa Veranlassung zu Geschwüren geben. Infiziertes Vaginalsekret kann

nicht den normalen Anus durchdringen und so Rektumgeschwüre erzeugen, wohl aber kann der Weg durch Rektovaginalfisteln gehen; eine grofse Rolle spielt entschieden die Entzündung der Bartholinischen Drüsen. Es bleibt zu untersuchen, ob ulzerierende Fissuren zu Rektumulzerationen Veranlassung geben, und ob nicht ulzerierende syphilitische Produkte (Cond. lat., Gummata) sich im Rektum finden; über beide Fragen giebt die Litteratur kaum Auskunft. Nur in einem Fall von Küster fanden sich Gummigeschwülste in der verdickten Rektalwand. Der Fall von Huët, auf den Esmarch seine Schilderung der syphilitischen Mastdarmgeschwüre aufbaut, ist kaum ganz einwandsfrei, die dort beschriebenen Wucherungen tragen mehr einen einfach hyperplastischen Bau und lassen sich nicht ohne weiteres als „gummöse Wucherungen" verwerten. Nur in vier Fällen hat eine spezifische Therapie mit Jodkalium und Zittmannschem Dekokt Heilung herbeigeführt, so dafs auch ex juvantibus die Frage nach der Ätiologie der strikturierenden Mastdarmgeschwüre wenig Aufklärung findet. *F. Hahn-Bremen.*

Samling af Jagttagelser over Hudens sygdomme (Beobachtungen über Hautkrankheiten), von W. Boeck und Danielssen. 4. und 5. Heft. **Planteparasitaere Hudsygdomme (Hautkrankheiten durch pflanzliche Parasiten),** von Daniellssen. (Bergen. C. Floors Boghandel 1892.) Die von dem norwegischen Parlament unterstützte Arbeit ist ganz vorzüglich ausgestattet. Die beigegebenen chromo-lithographischen Tafeln und lithographischen Zeichnungen aus dem Bucherschen lithographischen Institut in Bergen sind den besten Tafeln dermatologischer Atlanten an die Seite zu stellen. Die Arbeit behandelt in norwegischem und englischem Doppeltexte: Favus, Herpes tonsurans, Sykosis, Eczema marginatum, Eczema impetiginosum und Pityriasis. Geschichte und klinischer Verlauf der einzelnen Krankheiten, zum Teil nach eigenen genau beobachteten und vorzüglich beschriebenen Fällen, werden ausführlich besprochen. Bei Favus wurden direkte Impfungen mit Favusscutulis ausgeführt, stets mit positivem Resultat und fast gleichem Verlauf: nach 24 Stunden Papelbildung; nach 2—3 Tagen Bläschenbildung; die Bläschen traten bis zum sechsten Tage in ungeheurer Zahl auf und bedeckten mehr als die Hälfte des Vorderarmes; alsdann Abtrocknung der Bläschen; vom 7. bis 10. Tag erschienen die Scutula, welche am 17. bis 20 Tage Linsengröfse erreichten. Drei Impfungen mit zwei Jahre alten Blutserumkulturen verliefen ähnlich wie die direkten Impfungen: herpetisches Vorstadium; nach 14 Tagen Scutula. Die Pilzelemente wurden nach aus Schüppchen etc. gewonnenen Präparaten dargestellt. Die Reinkulturen wurden auf Blutserum gemacht; die Untersuchung der Kulturen nach 1—3 Monaten vorgenommen und die dabei gefundenen Pilzelemente näher untersucht. Mycel, Blasenbildungen, Bildung von gelben Massen, Zerfall des Mycels in rosenkranzförmig angeordnete Früchte. Versuche, Kulturen aus den Sporen zu züchten und die weitere Entwickelung des Pilzes aus denselben zu beobachten, wurden nicht gemacht, so dafs ein Urteil darüber, mit welchem der von den bekannten Autoren beschriebenen Pilze der von Danielssen gezüchtete übereinstimmt, sich nicht bilden läfst, denn Endblasenbildungen, Bildung gelber Massen, Bildung von rosenkranzförmig aneinander gereihten Früchten können bei verschiedenen, kulturell scharf voneinander unterschiedenen Favuspilzen vorkommen. Verfasser hält seinen Pilz identisch mit Quincke γ. Für die Therapie ist erstes Erfordernis: Epilation, ohne dieselbe niemals Heilung. (Dieser Forderung werden alle Ärzte, welche Favus behandeln, beipflichten. Selbst mehrwöchige Behandlung mit Chrysarobin, 1%igen Sublimatsalben, 1%igem Sublimatalkoholspray führen niemals zum Ziel, wenn nicht sorgfältigste Epilation vorausgeschickt wird.) Bei Herpes tonsurans wurden direkte Impfungen mit Haaren und Schüppchen vorgenommen; stets derselbe Verlauf: am

dritten Tage rosarote Flecke auf der Haut mit Bläschenbildung; periphere Ausbreitung des Erythems mit Bläschenbildung; zentrale Abheilung; am zehnten Tage erreichten die Efflorescenzen einen Umfang von $1^1/_2$ cm. Auch die Impfungen mit Reinkulturen hatten ähnlichen Verlauf. Die Züchtungen fanden statt auf Gelatine mit Ammonium carbonicum, Gelatine mit Blutserum, Zuckerlösung, Fleischextrakt. Die mikroskopische Untersuchung fand nach drei Monaten statt. Die Beschreibung der Pilzelemente geschah nach den Befunden in Haaren, Schüppchen etc. Die spärlichen Züchtungen auf den künstlichen Nährböden bieten nichts Charakteristisches. Therapeutisch auch hier stets Epilation, dann Jodtinktur. Die kokkogene Sykosis hält Verfasser in Übereinstimmung mit Bockhart verursacht durch den Staphylococcus aureus et albus. Die hyphogene Sykosis kann sich ausbilden zu nufsgrofsen und gröfseren, stark infiltrierten, knotigen, abscedierenden Entzündungen der Haut. Die bazilläre Sykosis werde hervorgerufen durch den Bacillus sycosiferus foetidus (Tommasoli). Bei der subnasalen Sykosis wird die sorgfältige Behandlung des komplizierenden Nasenkatarrhs warm empfohlen. Bei Eczema marginatum folgt Verfasser den Ausführungen Kaposis; als Ursache sieht er einen sehr kleine Gonidien bildenden Pilz an. Der vom Verfasser beobachtete Fall befiel den ganzen Körper und gebrauchte mehrere Jahre zur Heilung. 20%ige Chrysarobin- und 30—50%ige Pyrogallolsalben hatten nur vorübergehenden Erfolg. Zwei direkte Impfungen riefen denselben Krankheitsprozefs hervor: nach acht Tagen Erythem aus mehreren hirsekorngrofsen Efflorescenzen bestehend; am elften Tage: Bläschenbildung; sehr heftiges Jucken; nach 34 Tagen war der ganze Arm von den kreisförmig angeordneten Efflorescenzen befallen. Das Eczema impetiginosum (Impetigo contagiosa) hält Verfasser verursacht durch einen unbekannten Pilz; Staphylococcus aureus und albus sind Sekundärinfektionen. Therapie: Unguentum picis, Unguentum sulphuratum führten in leichteren Fällen stets zum Ziel; in hartnäckigen Fällen Emplastrum saponatum cum Acidum salicylicum 10%, Salicyl-Ichthyolsalben etc. Der Artikel über Pityriasis versicolor bietet nur bekanntes. Die Flecke können hier und da Lepra anaesthetica vortäuschen. Der Pilzbefund klärt sofort den Irrtum auf. Therapeutisch empfiehlt Verfasser: Sublimatspiritus, grüne Seife, Borsäure.

Neebe-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Bakteriologie.

Zur Frage über die Wirkung des Sonnen- und elektrischen Lichtes auf die Eiterbakterien von P. Chmelewsky. (*Wratsch* 1892, No. 26. *Centralbl. f. Bakteriol.*, 4. Mai 1892.) Verfasser kommt zu folgenden Resultaten: Das elektrische und Sonnenlicht hemmen das Wachstum der Eiterbakterien und zwar sowohl die chemischen, wie die Licht- und Wärmestrahlen. — Die infraroten Strahlen hindern am meisten das Wachstum von Staphylococcus pyogenes albus, dann Bacillus pyocyaneus, Streptococcus erysipelatis und Streptococcus pyogenes. — Staphylococcus pyogenes aureus ist am resistentesten. — Die Bewegungen des Bacillus pyocyaneus werden durch Licht verlangsamt. — Die Beziehungen zu Farbstoffen wurden nur bei Staphylococcus pyogenes albus beeinflufst, der sich schlechter färbte. — Die festen Nährböden werden durch Lichteinwirkung weniger tauglich für das Gedeihen der

Bakterien. — Staphylococcus pyogenes aureus und albus, sowie Bacillus pyocyaneus verflüssigen bei Lichteinwirkung weniger die Gelatine und bilden weniger Pigment. — Die Virulenz der Eiterbakterien wird durch Licht vermindert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Auf kaltem Wege sterilisierte eiweifshaltige Nährböden, von Reinsch. (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk.* Bd. XII. No. 1.) Die Milch ist ein vorzüglicher Nährboden für viele Bakterien, eignet sich aber wegen ihrer Flüssigkeit und Undurchsichtigkeit wenig für Reinkulturen.

Verfasser entrahmte sie daher mit Natronlauge (1 gr NaOH auf 500 ccm Kuhmilch), die letzten Spuren von Fett wurden durch Ausschütteln mit Äther entfernt, der letzte Rest desselben, nachdem die Hauptmenge von der klaren, leicht opalescierenden Flüssigkeit abgegossen ist, wird in der Wasserstrahlluftpumpe verdampft. Zwei Teile dieser entfetteten Milch werden mit einem Teil einer 3—4%igen sterilisierten Agarlösung bei 50° C. gemischt, oder es werden direkt der Milch 1½% gepulverten Agar zugesetzt, 24 Stunden digeriert und 2—3 Stunden im Dampftopf erhitzt; bei letzterem Verfahren fallen die Nährböden infolge Karamelisierung des Milchzuckers etwas dunkler aus. Diese Nährböden sind nur ganz wenig alkalisch, da das Alkali fast ganz ans Kaseïn gebunden ist.

Mit Gelatine läfst sich auch ein fester Nährboden herstellen, dem aber wegen des Säuregehalts der Gelatine 0,2 % NaOH zugesetzt werden mufs, um Fällung des Kaseïns zu verhindern. Infolge dieses grofsen Alkaligehalts wachsen hierauf die meisten Bakterien nicht. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Technik, von H. C. Plaut. (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk.* 1892. No. 6.) Um stets eine ausgeglühte Platinnadel bei der Besuchspraxis mitzuhaben, wird dieselbe — sie darf mit Glasstab nicht viel länger sein als das Reagensglas — nach der zu Hause vorgenommenen Sterilisation in das mit dem festen Nährboden beschickte Reagensglas gestofsen und durch den fest eingedrehten Wattepfropf an die Wand angedrückt. Darüber kommt eine Gummikappe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Notizen über Hautkrankheiten, von W. Mc. Murray. (*Med. Bull.* Juni 1891.) Eine Zusammenstellung von empfehlenswerten Rezepten für Affektionen der Haut, vom Verfasser in Wien und Paris gesammelt. Nicht referierbar.

Philippi-Nieheim.

Einige histologische und bakteriologische Bemerkungen über Hautkrankheiten, von A. C. Regensburger. (*New York Med. Journ.* 9. Juli 1892.) Enthält nichts Neues oder Referierenswertes. *Philippi-Nieheim.*

Neuerliche Fortschritte in Bezug auf die Ätiologie von Hautkrankheiten und die Bedeutung derselben für die Therapie, von W. G. Smith. (*Dublin Journ. Med. Sc.* Jan. 1892.) Eine kritische Besprechung der jüngsten Arbeiten, namentlich über die Bakteriologie der Hautkrankheiten. Folgende Thesen werden erläutert. 1. Manche Affektionen, die bisher vagen und unbekannten Ursachen zugeschrieben wurden, lassen sich thatsächlich auf eine (meistens von aufsen einwirkende) Infektion zurückführen; so z. B. Erysipel, Impetigo, Furunkel, Karbunkel. 2. Es sind die sonst gewöhnlich als verschiedene Formen oder Abarten einer Krankheit beschriebenen Affektionen oft in Wirklichkeit durch das Zusammenwirken verschiedener Ursachen bedingt. Beispiele sind Akne, Leloirs purulente parasyphilitische Komplikationen,

die Pusteln bei Scabiosis, Ekzem, Lupus und Skrophuloderm. 3. Die Klassifizierung der Hautkrankheiten ist eine genauere geworden. Verfasser schliefst sich der Bockhartschen Einteilung der Sycosis in kokkogene, hyphogene, bacillogene Sycosis an. 4. Die Darstellung der Hautkrankheiten in den Lehrbüchern und namentlich das Kapitel von der Ätiologie bedarf erheblicher Umänderung und Erweiterung. 5. Die Begründung der therapeutischen Mafsregeln tritt deutlicher hervor, sowie auch die Wichtigkeit der Prophylaxis. Als Beispiele werden Erysipel, Herpes tonsurans, Furunkel und Impetigo besprochen. *Philippi-Nieheim.*

Die Gesetze des Kontagiums vom klinischen Standpunkte aus, von J. Hutchinson. (*Med. Chronicle.* Vol. XV. No. 2.) An der Hand sorgfältiger klinischer Beobachtungen, welche ausführlich mitgeteilt sind, (den Rahmen eines Referates aber überschreiten), kommt H. zu folgenden Schlüssen: Bei den meisten Fällen von Entzündung der gewöhnlichen Art ist es nicht möglich, dafs der Prozefs längere Zeit bestehen bleibe, ohne eine kontagiöse Materie zu erzeugen oder wenigstens im Gefolge zu haben. Wahrscheinlich sind die Krankheiten (namentlich die der Haut) nicht in jedem einzelnen Falle durch einen bestimmten Mikroorganismus bedingt, sondern je nach der Art des zuerst befallenen Teiles bildet sich der besondere Krankheitstypus aus; hinterher bleibt aber der Typus der nämliche, Erysipel bleibt Erysipel u. s. w. Diese Spekulationen gehören aber keineswegs ins Gebiet der transcendentalen Pathologie, vielmehr ergeben sich erst aus einem richtigen Verständnis dieser Gesetze der Infektion die Regeln für eine zweckmäfsige und erfolgreiche Therapie.

Philippi-Nieheim.

Über einige Eingangspforten der Infektion beim Kinde und speziell über die Infektion durch die Haut, von R. Saint-Philippe. (*Archives cliniques de Bordeaux.* No. 7. 1892.) Verfasser weist hin auf die grofse Mortalität der Kinder, besonders im ersten Lebensjahre. Wenn auch dieselbe zu einem grofsen Teile auf Konstitutionsanomalien (Lebensschwäche, Enteritis, Syphilis, Skrophulose etc.) resp. auf das Zusammenwirken verschiedener derselben zurückzuführen sei, so drohen dem kindlichen Körper aufserdem noch eine Menge anderer Gefahren, denen nach Verfassers Ansicht selbst von ärztlicher Seite zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Hierher gehören vor allem die Umbilicalwunde, welche nur zu oft allzu leichtfertig sich selbst überlassen wird und so zu Pyämie, Icterus gravis, Halaena, auch fettige Leberdegeneration, Otitis media, Meningitis, eiterige Gelenkentzündungen führen soll. Als weitere Infektionsquellen werden angeführt: jene an den Malleolen und Fersen auftretenden und auf Cirkulationsstörungen beruhenden Geschwürsbildungen; die wunden Flächen nach Erythemen und Applikation von Vesikatoren, Variola-, Varicellen-, Impf- und Impetigopusteln, die nicht aseptisch behandelt worden. Verfasser bestätigt hierbei die Ansicht Thibierges, dafs gewisse Fälle von Nephritis mit impetiginösen Hautausschlägen in Zusammenhang gebracht werden müssen. Schliefslich wird auch der erkrankte Darm als Ausgangspunkt sekundärer Infektion (Bronchopneumonie) beschuldigt.

(Bereits vor einigen Jahren hat Demme-Bern darauf aufmerksam gemacht, dafs Ekzeme häufig das Eingangsthor für skarlatinöse Masern und ähnliche Gifte bildete. Der Referent.)

Gestützt auf die angeführten Thatsachen, verlangt Verfasser strengste Durchführung aller hygienischen und antiseptischen Mafsnahmen zur Verhinderung von Infektionen bei Anwesenheit auch geringfügig erscheinender kutaner Läsionen.

C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Die Toilette des Haares, dessen Pflege in gesundem und Behandlung in erkranktem Zustande, von J. V. Shoemaker. (*Med. Bull.* Vol. XIV. No. 3 und 4.

1892.) Die Arbeit enthält einige ethnographische und historische Bemerkungen über die Bedeutung der Haarpflege, sowie über die Anatomie, Physiologie und Hygiene der Haare im allgemeinen. Im zweiten Teil bespricht Verfasser eingehend die gebräuchlichen Mittel zur Förderung eines kräftigen Haarwuchses und zur Beseitigung der Alopecie. Das häufige Schneiden der Haare verwirft er, wobei er die diesbezüglichen Beobachtungen von PINCUS anführt. Als berechtigte Mittel nennt er den trockenen und nassen Shampoo, das Abbrennen der Haarenden, Elektrizität (galvanisch und faradisch), sowie verschiedene innere und äufsere Mittel, unter letzteren namentlich Resorcin, Perubalsam, Naphtol, Sublimat etc. Von den zur Alopecie disponierenden Erkrankungen werden namentlich die Seborrhoe, das seborrhoische Ekzem, Herpes tonsurans, Syphilis und einige andere Affektionen mehr oder weniger eingehend besprochen. Die Liste der therapeutischen Mafsregeln und Rezepte ist eine sehr umfangreiche. *Philippi-Nieheim.*

Erster Befund von schmarotzenden Sporozoen im GRAAFschen Follikel und im tierischen Ei, von PODWYSSOZKI junr. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. path. Anat.* 1892. III. Bd. No. 14.) Nachdem Verfasser im Hühnerei Coccidien nachgewiesen, hat er weiter noch Schmarotzer in der Eizelle von Wirbeltieren gesucht, wie sie bisher nur bei der Seidenraupe, bei der Pebrine genannten Krankheit gefunden sind. Er fand bei der Sektion eines an akuter Coccidiose leidenden Kaninchens im rechten Eierstock ein weifsliches Fleckchen, das sich im Aussehen von anderen gröfseren Follikeln unterschied. Nach Färbung mit Safranin zeigte es sich, dafs es ein mäfsig ausgedehnter GRAAFscher Follikel war, in dessen kolloidähnlich geronnenem Liquor sich grofse, hüllenlose, kugelartige, mit einem Kern versehene Körper befanden. Ein ähnlicher kleinerer lag in einer Höhle im Dotter. Diese Körper sind dentisch mit den in der Leber gefundenen Schmarotzern desselben Individuums, wahrscheinlich aus der Gruppe Coccidium oviforme. Über die Art der Infektion der Eizelle kann man sich nicht näher aussprechen, das Eindringen des Keims konnte direkt von der Bauchhöhle oder durch Blutgefäfse erfolgen. Über das Endschicksal einer solchen infizierten Eizelle und ihre Entwickelungsfähigkeit läfst sich nichts sagen, doch pflegen Sporozoen die Zellen, in denen sie schmarotzen, wenig zu schädigen. Die Bedeutung des Befundes für die Frage nach der Vererbung von Infektionskrankheiten ist einleuchtend. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Beitrag zur Lehre von der Eiterung, von DUBLER. Basel 1890. (Ref. *Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenkunde.* Bd. XII. 1892. Heft 2 und 3.) Verfasser erzielte durch sterilisierte Chemikalien (Quecksilber, Sublimat, Argentum nitricum, Digitoxin, Terpentinöl, Tartar. stibiat.) und durch siedendes Wasser Abscesse und Eiterungen ganz wie mit Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus. Mikroskopisch fand sich die Eiterung als das Resultat einer demarkierenden Entzündung um einen primären nekrotischen Herd, ebenso wie der durch Bakterien erzeugte Abscefs die Folge einer Demarkation ist, die sich um eine nekrotische Gewebspartie einstellt, so dafs zwischen beiden kein prinzipieller Unterschied besteht.

F. Hahn-Bremen.

Die Mischinfektionen bei den akuten Eiterungen. Vorläufige Mitteilung von SERGI TROMBETTA. (*Centralbl. f. Bacteriol.* 1892, 4. Mai.) Verfasser stellte, um die Frage zu beantworten, inwieweit die Mitbeteiligung von Bakterien verschiedener Art die pathogenen Eigentümlichkeiten pyogener Bakterien beeinflufst, Versuche an Kaninchen an. Er verimpfte zuerst nur pyogene Bakterien, dann diese gemischt mit nicht pathogenen; zuletzt pyogene zusammen mit pathogenen Mikroorganismen. Er kommt zu dem Schlusse, dafs alle Mischinfektionen die Eiterung begünstigen. Sind

die zusammenwirkenden Bakterien attenuierte Pyogenen, dann erzeugen sie Abscedierung, die von jedem Mikroben allein nicht bewirkt wird. Die nicht pathogenen Mikroorganismen geben dem attenuierten Staphylococcus seine Wirksamkeit wieder; dieselbe nimmt bei Mitbeteiligung der Saprophyten ersichtlich zu. Die spezifisch pathogenen Bakterien begünstigen ebenso die Eiterung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Angioneurosen.

Arzneiexanthem infolge der Ichthyolbehandlung, von Dr. Freudenberg. (*Der Frauenarzt* 1892, No. 3.) Einer an chronischem Gelenkrheumatismus und chronischer Metritis und Pelveoperitonitis leidenden Dame wurden die erkrankten Gelenke mit Ichthyol eingepinselt und Ichthyolkugeln in die Scheide eingeführt. Nach einigen Tagen trat, auch da, wo nur eine einmalige Einpinselung stattgefunden, ein Erythema nodosum auf, das sich anfangs in den Grenzen der eingeriebenen Stellen hielt; dann kam eine erysipelartige Dermatitis (Brennen, Jucken, Röte) hinzu. Aus der Vagina, in die 8 Kugeln à 0,15 Ichthyol-Ammon eingeführt worden waren, flofs reichliches, ätzendes Sekret, die Labien schwollen an, und die Innenseiten der Oberschenkel wurden ekzematös.

Verfasser führt sowohl die ekzematöse Entzündung wie das Erythema nodosum auf eine Idiosynkrasie der Patientin gegen Ichthyol zurück, während nach des Referenten Meinung jedenfalls das letztere mit dem Rheumatismus zusammen als Erkrankung sui generis zu betrachten ist. Gerade das Ichthyol zeichnet sich dadurch vor den anderen neueren Medikamenten vorteilhaft aus, dafs es meist gut vertragen wird und nur selten leichte Reizerscheinungen macht. So schwere Störungen wie das Erythema nodosum sind bisher bei der Anwendung des Ichthyols noch nicht beobachtet worden. *P. Taenzer-Bremen.*

Zur Kenntnis des Antipyrinexanthems, von Prof. Dr. Eichhorst. Am 26. Mai d. J. wurde ein Patient mit allen Zeichen eines Abdominaltyphus auf die medizinische Klinik gebracht. Am 29. Mai stellten sich grofse, Masern ähnliche Flecke ein, die zunächst nur die Seitenflächen der Bauchhaut, am nächsten Tage jedoch sehr zahlreich den ganzen Rumpf und an den Beinen hauptsächlich die Oberschenkel bedeckten. Das Gesicht war nur wenig beteiligt, und die Schleimhäute erwiesen sich als unberührt. Das Exanthem blieb 7 Tage lang bestehen und schwand unter ganz allmählichem und langsamem Erblassen der Haut ohne Hautabschuppung. Der Patient gestand, dafs er am 14. Mai 0,5 Antipyrin genommen hatte. Im Gegensatz zu diesem Spätexanthem berichtet E. über einen Fall von Frühexanthem, wo schon 1 Stunde nach dem Gebrauch von Antipyrin ein ähnliches Exanthem auftrat. *L. Hoffmann-Berlin.*

Drei Fälle als Beispiele einiger der Affinitäten der Raynaudschen Krankheit, von T. W. Griffith. (*Med. Chronicle.* Vol. XV., No. 2.) Von anderer Seite, namentlich von Hutschinson ist auf die Komplikation der Raynaudschen Krankheit mit Erkrankungen der Gelenke an den Extremitäten, sowie mit Sklerodermie hingewiesen worden. Verfasser teilt drei Fälle mit, sämtlich weibliche Kranke betreffend, bei denen ein „Absterben“ der Fingerspitzen mit weifser und cyanotischer Verfärbung nebst arthritischer Ankylose der Fingergelenke zu konstatieren war. Sehr eigentümlich und bemerkenswert war dabei die mehrfach zu beobachtende Schrumpfung der Endphalanx, wodurch die Hände ein merkwürdig verkürztes und unförmliches Aussehen erhielten. *Philippi-Nieheim.*

Über bakterielle hämorrhagische Infektion des Menschen, von V. Babes. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. No. 34.) Während W. Koch die Einheit aller hämorrhagischen Krankheiten verficht, glaubt Babes, der dieselbe auch als infektiöse ansieht, daſs die Träger der Infektion in den verschiedenen Fällen verschieden sein können. Er teilt dieselben, sie im allgemeinen den septikämischen Erkrankungen zuzählend, folgendermaſsen ein:

I. Spezifische bacilläre hämorrhagische Infektion:

a. Vorherrschen der hämorrhagischen Symptome.

b. Vorherrschen septischer Symptome.

c. Hämorrhagische Formen verschiedener Art.

II. Durch saprogene Bakterien und deren Association mit Eiterbakterien erzeugte hämorrhagische Infektion.

III. Die durch Streptokokken und ähnliche Bakterien verursachte hämorrhagische Infektion.

Verfasser belegt die einzelnen Abteilungen durch Beispiele. Man kann sich beim Lesen des interessanten Aufsatzes nicht des Gedankens erwehren, daſs die Abgrenzung der einzelnen Abteilungen, wie die ganze Auffassung des Verfassers doch noch viel Hypothetisches hat. Jedenfalls sind wir durch die Auffassung der hämorrhagischen Erkrankungen als bakterielle ihrem Verständnis ein Stück näher gerückt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die Leprösen in der Bretagne im Jahre 1892, von H. Fournier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 481.) Am 23. August 1892 legte Zambaco-Pacha der medizinischen Akademie eine Abhandlung vor, die den obigen Titel führt und die den Nachweis liefert, daſs die Lepra, in abgeschwächter Form freilich, noch immer in der Bretagne herrsche. Fournier bringt einen kurzen Auszug aus dieser epochemachenden Abhandlung. Vielleicht kommt dem Referenten bald das Original unter die Hände. Einstweilen sei der wichtigste Satz der Zambacoschen Auffassung hierhergestellt, der dahin lautet, daſs die Morvansche Krankheit keine Krankheit sui generis, sondern eine Form der Lepra, die Lepra mutilans, darstellt. Desgleichen wird der Besitzstand der Syringomyelie mindestens eingeschränkt, die sicher einen Teil ihrer Fälle an die Lepra anaesthetica nach Danielssen abtreten muſs.

Türkheim-Hamburg.

b. *Tuberkulose.*

Über die Heilung der Tuberkulose und die Biologie des Tuberkelbacillus, von Klebs. (Verhandlungen des XI. Kongresses für innere Medizin, Leipzig, 1892.) Bei der Frage nach der Immunität gegen Tuberkulose findet man, daſs der gesunde Körper Widerstandskräfte gegenüber den infizierenden Organismen besitzt; die Tuberkelbazillen werden auſserdem durch ihre eigenen Stoffwechselprodukte geschädigt; um sich zu schützen, produzieren die Bazillen das tuberkulöse Gewebe, in dem sie sich lange erhalten können. Dies tuberkulöse Gewebe kann auf dem Wege der Resolution in normales Gewebe zurückgebildet werden.

Im Rohtuberkulin finden sich nun vier Substanzgruppen:

1 die durch Alkohol, Äther, Chloroform etc. löslichen Ptomaine, die schädlich wirken;

2. Toxalbumosen, durch Ammonsulfat gefällt, ebenfalls schädlich;

3. Peptone, die durch Platinchlorid- und Alkaloidreagentien gefällt werden, teils toxisch wirkend, teils heilendes Sozopepton enthaltend;

4. reines Pepton, das gar nicht mehr gefällt wird; dies letztere stellt das Tuberkulocidin dar, das im Rohtuberkulin zu $2^1/_2$—3% enthalten ist. Es ruft keine besonderen Reaktionen hervor und zerstört direkt die Tuberkelbazillen auf chemischem Wege.

Die praktische Anwendung ergiebt nach der beigefügten Statistik (87 fremde, 43 eigene):

Ungebessert 18%, etwas gebessert 26%, bedeutend gebessert 45%, ganz oder nahezu geheilt 11%. *F. Hahn-Bremen.*

Aufforderung zur Behandlung der Skrophulose mit Kreosot, von Julius Sommerbrodt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 26.) S. fordert auf Grund eigener günstiger Erfahrungen dringend auf, Skrophulösen Kreosot zu geben, und zwar wie bei der Tuberkulose in grossen Dosen: Kindern 0,5—1,4, Erwachsenen 1,0—4,0 pro die. Es kann die Wirkung des Kreosot nicht, wie Cornet vermutet, auf der Beeinflussung der die Mischinfektionen bei Tuberkulose bedingenden Mikroorganismen beruhen, das beweist eben die Heilkraft bei Skrophulose, wo von Mischinfektionen keine Rede ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Phagocytose und Erethin, ein Beitrag zur Biologie und Therapie der Tuberkulose, von Edwin Klebs. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892. Nr. 32.) Um die Bedeutung der Phagocytose für die Heilungsvorgänge bei der Anwendung des Tuberkulocidin, die Klebs sehr hoch anschlägt, zu demonstrieren, benutzt er sogenannte Tupfpräparate, die durch 4—6maliges Auftupfen eines Sputumstückchens auf das Deckgläschen hergestellt werden, da bei der üblichen Präparation der Präparate die Bazillen aus den Zellen freigemacht werden. Durch stärkeres Nachfärben mit Methylenblau oder Karbolmethylen oder die Unnasche Entfärbung mit Kresol treten die Zellen deutlich hervor. Bei dieser Untersuchung zeigt sich nun, daſs wenn nach längerer Behandlung mit Tuberkulocidin ein Stillstand in der Heilung oder sogar eine erneute bedeutende Vermehrung der Bazillen eintritt, diese sich durch eine Zellarmut des Sputum, also durch den Fortfall der Phagocytose erklärt. Um diese hervorzurufen, das Sputum zellenreicher zu machen, nimmt K. eine reizende Substanz zu Hülfe, die er Erethin nennt. Es ist eine Albumose, die aus dem Rohtuberkulin gewonnen wird, und auſser durch Anregung der Phagocytose auch als bakterientötendes Mittel heilsam wirkt. Es wird von Meister, Lucius und Brüning zusammen mit dem Tuberkulocidin als TC.E und gesondert in 2% Lösung in den Handel gebracht werden. K. fügt von letzterer $^1/_{10}$—$^1/_{15}$ der 100% Tuberkulocidinlösung zu und will so dieselben günstigen Wirkungen erzielen, wie sie Spengler durch eine Kombination des Tuberkulocidins mit Tuberkulin erzielt hat, aber ohne die Gefahren des letzteren mit in den Kauf zu nehmen.

Genauere Angaben über die Vorgänge an den Bazillen bei der Phagocytose sind in die Mitteilung eingeflochten. Hoffentlich bestätigen sich die Angaben und vermag das angekündigte gröſsere Werk über Tuberkulocidin durch positive Heilresultate die Bedenken der nicht kleinen Schaar der Zweifler zu beseitigen. Bis dahin aber muſs man sich füglich jeden Urteils enthalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Inokulationslupus, von A. Wolters. (*Dtsch. med. Wochenschr.* No. 36. 1892.) Verfasser beschreibt zwei Krankengeschichten, wo in beiden Fällen bei hereditär nicht belasteten, absolut gesunden Individuen Krankheitsprozesse auftraten, die schon nach kurzer Zeit das Bild eines typischen Lupus darboten. Farbe, Konsistenz und die charakteristischen Lupusknötchen lieſsen an der Diagnose keinen Zweifel. In beiden

Fällen schlofs die Erkrankung an eine Verletzung der äufseren Decke an. Im ersten Falle drang eine Düngergabel in das Corium ein und setzte eine Verletzung, die, spezifisch infiziert, den Lupus im Gefolge hatte. Woher das Virus stammte, ist allerdings nicht nachweislich. Man könnte an eine Infektion des betreffenden Instrumentes durch Produkte von perlsüchtigem Vieh denken, oder Sputum phthisischer Hausgenossen, das auf dem Lande ja meist auf den Mist entleert wird, und dergleichen mehr. Bei dem zweiten Patienten, der am fünften Tage nach der Mensur, als die Wunden also in Granulation waren, als Famulus zahlreiche Sputumuntersuchungen machte, wurde das Virus durch Kratzen in die granulierende Wunde gebracht, also gleichsam eingeimpft. Hier besteht sicher das Bild eines sicheren Inokulationslupus. Man kann demnach sagen, dafs es sehr wahrscheinlich ist, dafs eine grofse Anzahl von Lupusfällen auf dem Boden von infizierten, an und für sich harmlosen Affektionen entstehen, also primärer Impflupus sind. *L. Hoffmann-Berlin.*

c. *Syphilis.*

Die Lues in Livland und die Mittel zur Abwehr derselben, verhandelt in der III. Sitzung des III. livländischen Ärztetages. *St. Petersburg. med. Wochenschrift.* 1892. No. 3.) Der Referent v. Bergmann betont die Wichtigkeit der Aufstellung einer Statistik über die Verbreitung luetischer Erkrankungen in Livland und formuliert seine Ansichten über die Syphilis und ihre Bekämpfung in einer Reihe von Thesen, von denen ich hier nur einige wiedergeben will, um die Strenge der aufgestellten Forderungen zu beleuchten:

7. Verschärfte Überwachung der Prostitution, tägliche ärztliche Visitation der Toleranzhäuser; Visitation der Besucher.

8. Internierung der Prostituierten für die ersten 3 Jahre nach der syphilitischen Infektion in Asylen, Arbeitshäusern etc.

11. Sanitäre Kontrolle aller Genossenschaften und Arbeitervereine und der unverheirateten Männer nach Analogie des beim Militär gehandhabten Usus.

12. Ärztliches Attest, welches erst zur Eheschliefsung berechtigt.

Der Korreferent Zoege v. Manteuffel tritt diesen Thesen im grofsen und ganzen bei, weist auf den Verbreitungsmodus der Syphilis unter den Landbewohnern hin und empfiehlt schliefslich statt der Internierung infizierter Prostituierten in Asylen, dieselben in den ersten drei Jahren in bestimmten Intervallen einzuziehen und zu merkurialisieren, ganz gleich, ob Recidive auftreten oder nicht, d. h. einer Dauerbehandlung zu unterwerfen.

Der Korreferent Petersen bezweifelt die Durchführbarkeit von These 11 und 12 und befürwortet, wie es auch v. Bergmann gethan, lebhaft die Notwendigkeit der Hospitalbehandlung für jeden Fall recenter Syphilis — In diagnostischer Beziehung bemerkt P. bezüglich des Primäraffekts, dafs es ebenso multiple Ulcera dura gebe, wie nur ein einziges Ulcus molle vorkommt. Die Scharfrandigkeit, der gelblich-weifse Belag, der Befund eines kurzen Bacillus seien für die Ulcera mollia charakteristisch. Mit Untersuchungen über die Spezifizität des kurzen Bacillus sei er noch beschäftigt.

Aus der Diskussion ist nur hervorzuheben, dafs auf einen Vorschlag des Korreferenten Zoege v. Manteuffel die Ausarbeitung eines Reglements zur Untersuchung der Prostitution beschlossen wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Thermoanästhesie infolge der Syphilis, von N. Mansuroff. (*Allg. med. Centralztg.* No. 55. 1892.) Ein 51jähriger Mann erkrankte 1877 an Syphilis. In der Folgezeit litt er an Iritis, Sarcocele syphilitica, Psorisasis syphilitica capitis, an Dysenterie und Asthma. Er wurde abwechselnd mit Sublimatpillen und Einreibungen, seit

1883 mit Jodkalium und Jodquecksilber, seit 1890 nach Ausbruch des Asthma mit Natrium bromatum und jodatum behandelt. Seit März 1891 Schmerzen im Rücken und in den Bauchwänden. Während eines heifsen Bades merkte Patient, dafs die rechte Seite seines Körpers gegen Temperaturwechsel unempfindlich geworden sei. Die Anästhesie entwickelte sich allmählich vom Unterleibe aus und schritt längs der Linea alba auf den rechten Oberschenkel und das rechte Knie fort. Anfangs Schmerzen in den Wirbeln und im Schulterblatt, später unwillkürliche krampfhafte Kontraktion an den Bauchmuskeln (rechts) in den anästhetischen Bezirken. Tast- und Schmerzempfindung blieben normal. Unter Gebrauch von Jodkalium allmähliche Besserung.

M. glaubte einen reinen Fall von Myelitis syphilitica vor sich zu haben und verlegte in die Mitte des Brustteiles des Rückenmarkes, in die hinteren Stränge der linken Hälfte den kranken Herd.

Dieser Fall bestätigt das Vorhandensein besonderer Nervenfasern, deren Bestimmung ausschliefslich in der Leitung des thermischen Gefühles besteht.

A. Straufs-Hamburg.

Primäre, syphilitische Pleuritis, von A. Praetorius. (*Ann. et Bull. de la soc. de méd. d'Anvers.* Septbr. 1891. *Dtsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.) Drei Fälle von Pleuritis syphilitica werden mitgeteilt:

1. Ein 34jähriger Junggeselle, vor zwei Jahren infiziert, ist seit fast einem Jahre abgemagert, dyspnoisch, kachektisch. Als objektiver Befund eine Pleuritis sicca, die allen Heilversuchen trotzt, bis eine antiluetische Kur sie schnell beseitigt.

2. 23jähriger Artist, vor 1½ Jahren infiziert, zeigte neben einem makulösen Exanthem eine trockene Pleuritis; Injektionen von Hydrargyrum salicylicum bringen Heilung.

3. 28jähriger Mann, vor 5 Jahren infiziert, zeigte seit einigen Monaten abendliches Fieber, zeitweilig hellrotes oder rotfarbenes Sputum. In der Fossa supraclavicularis und supraspinata leichtes pleuritisches Reiben, Abschwächung des vesikulären Atmens. Cervikaldrüsen hart, geschwollen. Keine Bazillen im Sputum. Heilung durch antiluetische Behandlung.

Verfasser schliefst aus diesen Fällen, dafs es eine Recidivform der Syphilis giebt, die, mit Kachexie langsam beginnend, zu einer Pleuritis sicca führt, die langwierig ist, ohne Expektoration einhergehe, besonders Spitze und Mittelpartie der Lunge ergreift und nie zu Ergufs führt. Diese pleuritische Affektion ist eine tertiäre, kann aber schon früh auftreten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilitisches Hygrom des Ileopsoas, von P. Couteaud. (*Gaz. hebdom.* 36. 1891. *Dtsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.) Ein 32 Jahre alter syphilitischer Mann zeigte am Ileopsoas, und zwar an der Innenseite der grofsen Gefäfse, eine eigrofse Geschwulst, die nach antiluetischer Kur schwand. Die Diagnose auf Hygroma syphiliticum war nach einer Punktion gestellt worden. (Auf welche Zeichen hin? Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zwei Fälle syphilitischer Phlebitis, von Charvot. (*Revue de Chir.* Juli 1891. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.)

1. Bei einem 23 Jahre alten Mann findet man ein Jahr nach der Infektion eine ohne weitere sonstige Ursachen entwickelte Phlebitis der Saphena interna, die fortschreitet bis ins Scarpasche Dreieck; eine akute Orchitis der entgegengesetzten Seite schliefst sich später daran. Heilung durch antiluetische Behandlung.

2. 23jähriger Soldat, an dem ein Abscefs am Penis chirurgisch geheilt war, bekommt eine Phlebitis an der Vena saphena sinistra. Die Entdeckung einer Roseola-

Drüsenschwellungen, alter Induration ergiebt die syphilitische Natur des Leidens Heilung durch entsprechende Therapie.

Verfasser hält die syphilitische Phlebitis für ziemlich häufig; durch pathognomonische Zeichen kennzeichnet sie sich nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Phlebitis in der Periode der Sekundärerscheinungen der Syphilis, von M. T. Canton. (*La France médicale.* 15. I. 1892. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.) Ein schwerer Fall von Syphilis bei einem hereditär mit Tuberkulose belasteten Patienten zeigte eine doppelseitige Phlebitis beider Venae saphenae, die unter Entzündungserscheinungen und heftigen Schmerzen im ganzen Bein in 4 Tagen entstand und in 3 Wochen nach antiluetischer Behandlung schwand.

Verfasser hält diese Phlebitis für ein Analogon der syphilitischen Arteriitis. (Ob zwischen dieser chronischen spezifischen Arterienerkrankung und der akuten Venenentzündung eine Parallele so leicht gezogen werden kann? Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems, von H. Bauke. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 42. *Deutsche Med.-Ztg.* 1892. No. 58.) Wasserkur im Verein mit Inunktionen werden als besonders wirksam gegen wahrscheinlich auf Syphilis beruhende Erkrankungen des Centralnervensystems empfohlen: Halbbäder von 24—18° R., 2 Minuten, danach Frottierung; bei kräftigen Patienten auch nur Abreibungen. Für die Privatpraxis mehr geeignet sind lauwarme Vollbäder mit Frottierung; 3 Stunden später die Einreibung. — Auch die Elektrizität soll Einfluſs haben (schwache konstante Ströme durch Kopf und Rücken).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung der Syphilis, besonders des Nervensystems mit subkutanen Sublimatinjektionen, von W. Hale White. (*The Lancet.* 1891.) Nichts Bemerkenswertes in der Mitteilung enthalten, wenn man nicht die Bemerkung, daſs Verfasser bei Vorhandensein vieler Infiltrate in den Glutäen in den Musculus biceps bracchii einspritzt, erwähnen will. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über syphilitische Spinalparalyse, von W. Erb. (*Neurol. Centralbl.* 1892. No. 6. *Allgem. med. Centralztg.* 1892. No. 52.) Erb stellt ein Krankheitsbild von einer Rückenmarkserkrankung auf, die auf syphilitischer Basis beruht, in den ersten 3—6 Jahren nach der Infektion auftritt und Tendenz zur Besserung zeigt. Allmählich entsteht: spastischer Gang, Steigerung der Sehnenreflexe bei geringer Muskelspannung, regelmäſsig Blasenstörungen; Parästhesien, fleckweise Anästhesie. Symmetrische Läsion der hinteren Seitenstranghälften, übergreifend auf die Hinterstränge, als Folge einer „spezifisch luetischen Infiltration" oder einer „luetischen Arterienerkrankung des Marks" sollen die pathologisch-anatomische Grundlage bilden. Von der spastischen Spinalparalyse unterscheidet sich das Krankheitsbild durch die Beteiligung der Blase und die Sensibilitätsstörungen, von der Myelitis transversa durch die Unbestimmtheit der letzteren und die fehlenden Muskelspannungen. (Die Abgrenzung von einer partiellen Myelitis transversa ist wohl schwer. Der Referent.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syrupus antisyphiliticus:

Hydrarg. benzoic.	0,4
Kalii jod.	20,0
Aq. dest.	25,0
Syr. spl.	1000,0

MDS. Tgl. 1 Eſsl.

(*Journ. des mal. cut. et syph.* 1892. S. 200.) *Türkheim-Hamburg.*

Aqua phagadaenica nigra

Calomel	4,0
Op. pulv.	2,0
Aq. Calc.	375,0

MDS. Rein oder verdünnt zum Gurgeln oder zum Ausspritzen (tägl. 3 mal) bei Syphiliden des Rachens oder der Nase; zum Inhalieren bei Syphiliden des Kehlkopfs. *Türkheim-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Der diagnostische Wert der eosinophilen Leukocyten bei Leukämie und Pseudoleukämie, von A. A. Kanthack. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1892.) Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen sowie der Beobachtungen von anderen Autoren kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daſs die Zunahme dieser Zellen bei der Diagnose der genannten Krankheiten von absolut gar keiner Bedeutung ist, wie dies auch von Dreschfeld kürzlich angegeben ist. Verfasser hat nämlich bei einem ausgesprochenen Fall von Leukämie geradezu eine Abnahme der eosinophilen Zellen gefunden, dagegen bei einfacher Chlorose oft eine Vermehrung derselben. Auch in gonorrhoischem Eiter, sowie im Blute bei manchen fieberhaften Zuständen überhaupt findet sich gleichfalls eine groſse Anzahl der fraglichen Gebilde. *Philippi-Nieheim.*

Vorläufige Mitteilung über einige parasitische Protozoën, welche sich bei Krebsgeschwülsten finden, von M. A. Ruffer und J. H. Walker. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1892.) Kleine (höchstens 1/8 Zoll groſse) Stücke von karzinomatösen Geschwülsten werden noch warm in Flemmingsche Lösung oder absoluten Alkohol eingelegt, wo sie 2 bis 3 Tage verbleiben. Dann Auswaschen in flieſsendem Wasser wenigstens 24 Stunden lang; Aufbewahren beliebig lange in absolutem Alkohol und Sättigen mit Paraffin (neapolitanische Methode) bei Anfertigung der Präparate. Bei den in Alkohol gehärteten Stücken war das Biondische Reagens das beste, um die Parasiten zu zeigen, bei den aus F.scher Lösung eine wässerige Methylengrünlösung mit Gegenfärbung mit dem Biondischen Reagens oder eine Grundfärbung mit Hämatoxylin und Nachfärbung mit einer 1% Bengalrosalösung. Auf diese Weise gelang es bei allen untersuchten Geschwülsten, die Parasiten zu finden; dieselben sitzen innerhalb der Epithelzellen namentlich an der wuchernden Peripherie der Neubildung. Sie enthalten einen (offenbar membranlosen) Kern, ein von Strahlen durchzogenes Protoplasma und eine abschlieſsende Membran. Auſserdem enthalten sie oft Pigmentkörnchen sowie andere, von letzteren deutlich zu unterscheidende und vielleicht auf die Fortpflanzung bezügliche Körnchen. — Die Bedeutung dieser Entdeckung wäre, wenn sie sich bestätigt, nicht zu unterschätzen. *Philippi-Nieheim.*

Drei Vorlesungen über Karzinom des Scrotum bei Schornsteinfegern, von H. T. Butlin. (*Brit. med. Journ.* 25. Juni, 2. Juli und 9. Juli 1892.) Entgegen der sonst vorherrschenden Ansicht, daſs das Skrotalkarzinom bei Schornsteinfegern in England jetzt bedeutend seltener sei als früher, weist Verfasser an der Hand der Statistiken des *Registrar General,* sowie einiger der gröſseren Hospitäler Londons nach, daſs eine Abnahme dieser allerdings stets seltenen Krankheit nicht eingetreten ist. Das Ergebnis seiner eingehenden Nachforschungen über die Ätiologie derselben weist einesteils auf die chemischen und physikalischen Eigenschaften des durch die englische Hartkohle erzeugten Ruſses, andererseits auf die mangelhaften Maſsregeln zur Erhaltung der Reinlichkeit bei den englischen Schornsteinfegern hin. Daſs die Verwendung von Knaben in jugendlichem Alter hierbei keine Rolle spielt, geht

daraus hervor, dafs seit den vierziger Jahren es gesetzlich verhindert ist, die Lehrlinge in die Kamine hinaufkriechen zu lassen, während auf dem Kontinent, wie Verfasser nachweist, in vielen Gegenden dies noch üblich ist. Trotzdem ist hier infolge der zweckmäfsigeren Bekleidung und der gröfseren Reinlichkeit das Leiden so gut wie vollständig unbekannt.

In einer Zuschrift über diesen Gegenstand (ibid. 9. Juli 1892) bemerkt W. R. Williams, dafs man auf die Statistiken des *Registrar General* wegen der häufig vorkommenden Mangelhaftigkeit der eingesandten Berichte sich nicht absolut verlassen könne, und er weist aus anderen Hospitalsstatistiken eine deutliche Abnahme der Anzahl der Skrotalkarzinome nach. *Philippi-Nieheim.*

Beitrag zur pathologischen Histologie, Ätiologie und Pathogenese des Condyloma acuminatum, vorläufige Mitteilung von A. Ducrey und M. Oro. (*Riforma medica,* Juni 1892.) Da verschiedene Umstände für Kontagiosität der spitzen Kondylome zu sprechen scheinen, haben es Verfasser unternommen, dieselben auf ihren Gehalt an Mikroorganismen zu prüfen. Sämtliche zu diesem Zwecke auf allen möglichen Nährböden angelegten Kulturen aus kondylomatösem Materiale ergaben jedoch ein negatives Resultat. Nunmehr wurden die Warzen einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Es stellte sich dabei heraus, dafs sie Gebilde enthielten, welche den Darierschen Psorospermien aufserordentlich ähnlich sahen. Die runden oder ovalen Körper liegen zwischen den Zellen des Stratum corneum und Malpighii, einige davon auch innerhalb der Epithelzellen selbst, deren Kern dadurch nach der Peripherie gedrängt war. Aufserdem konnten, besonders an den mit Osmium behandelten Schnitten, cystische Formen nachgewiesen werden.

Die Verfasser schliefsen hieraus, dafs das Condyloma accuminatum zu den Psorospermosen zu zählen ist. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über den heutigen Stand der Lehre von der Addisonschen Krankheit, von Wilhelm Fleiner. (*Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard von Volkmann. Neue Folge.* No. 38.) Verfasser stellt die bisher festgestellten Thatsachen über die Addisonsche Krankheit in klarer Weise zusammen in sorgfältiger Berücksichtigung der grofsen Litteratur auch betreffs der Morphologie und Physiologie der Nebennieren. In Funktionsstörungen der Nebennieren und in pathologischen Veränderungen am sympathischen und cerebrospinalen Nervensystem finden wir den Schlüssel für manches Rätselhafte in diesem Krankheitsbilde — leider nicht für alles. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Morbus Addisonii, bei dem sich die tuberkulöse Natur der Läsionen in den Nebennieren nachweisen liefs, von J. Coats. (*Glasg. med. Journ.* August 1892.) Bei einem 27jährigen Schornsteinfeger, der typische Symptome des Morbus Addisonii darbot und ganz plötzlich starb, fand sich neben einigen tuberkulösen Veränderungen der Lunge hochgradige, käsige Entartung in den Kapseln der Nebennieren mit Riesenzellen und Bacillen. Der Plexus solaris und die Ganglia semilunaria, sowie Nn. splanchnici waren intakt. *Philippi-Nieheim.*

Akute Hodgkinsche Krankheit (Pseudo-Leukocytämie), von J. Dreschfeld. (*Brit. med. Journ.* 30. April 1892.) Ein klinischer Vortrag unter Zugrundelegung dreier ausführlich beschriebener Fälle, welche alle letal verliefen. Bei dem einen waren hauptsächlich die oberflächlichen, bei dem zweiten die abdominellen und bei dem dritten die intrathoracischen Drüsen ergriffen. Bei allen nahm die Krankheit einen rapiden Verlauf und erinnerte in den Erscheinungen teils an akute Tuberkulose, teils an Abdominaltyphus, Purpura, perniciöse Anämie etc. Therapeutisch empfiehlt Verfasser einen Versuch mit Einreibungen von grauer Salbe. Die Pathologie

des Leidens ist noch dunkel; bei manchen Fällen sind Bazillen gefunden worden, doch sind die Befunde nicht konstant. Die Benennung „akute HODGKINsche Krankheit" würde D. lieber in „akute Lymphosarkomatosis" umgeändert sehen. *Philippi-Nieheim.*

Einige Hühneraugenmittel, von H. M. WHELPLEY. (Notes on New Remedies. *Pacif. Rec.* 15. Januar 1892.) Folgende Rezepte haben sich dem Verfasser nützlich erwiesen: ℞ Acid. salicylic. 9,0, Extr. cannab. Indic. 1,0, Collod. elast. 48,0. S. Jeden Abend aufzupinseln. Ferner ℞ Acid. salicylic. 23,0, Lanolin. pur. 37,5, adde Cocain. mur. 0,3, solve in alcohol. q. s. et Creosot. pur 28,0, Cer. alb. et Vaselin ā̄ā 14,0. M. S. Hühneraugenpflaster. Auch genügt manchmal ℞ Acid. salicyl. 1,0, Cer. simpl. 8,0. Ferner ℞ Acid. tannic. 1,8, Tin. jod., Acid. acetic., Glycerin. pur. ā̄ā 9,5, oder ℞ Acid. salicylic. 15,0, Empl. adhaesiv. 85,0, Benzoin. q. s. Schliefslich ℞ Acid. salicylic. 7,5, Acid. arsenicos. 3,75, Vaselin 28,5. S. Auf Leinen zu streichen. *Philippi-Nieheim.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Fortschritte auf dem Gebiete des männlichen Urogenitalapparates, von Dr. PAUL COHN. (*Der ärztl. Praktiker.* 1892. No. 25.) Verfasser giebt eine Übersicht über die neueren Behandlungsmethoden bei Nieren-, Blasen- und Harnröhrenerkrankungen, die ziemlich vollständig ist. Die günstigen Erfolge, die mittelst der Massage bei Enuresis nocturna erzielt sind, hätten vielleicht noch Erwähnung verdient. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen interessanten Fall von Atrophie und Mifsgestaltung der Hoden berichtet D'HAENENS in *La Policlinique.* 1892. No. 6. — Es handelte sich um einen 26jährigen, mit anomalem Becken ausgestatteten, sonst gesunden Mann. Der linke Hoden war zu einem harten, bohnengrofsen Körper reduziert, von dem ein dünner Strang nach der Inguinalgegend zog. Der rechte Hoden war etwas hypertrophisch und weicher als in der Norm; der Nebenhoden fehlte hier vollständig. Aufserdem Atrophie des Penis. Der linke, nun atrophische Hoden war früher ganz normal, und weifs er von keiner Affektion oder einem Trauma dieser Gegend zu berichten. Den Zustand des rechten Hodens betrachtet D'H. als eine kongenitale Anomalie, was sich nach seinen Angaben bisher nur zweimal in der Litteratur verzeichnet findet. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Zur Untersuchung des retrobulbären Abschnittes der Harnröhre. Ein Speculum mit Charnier-Obturator, von H. LOHNSTEIN. (*Allg. med. Central-Ztg.* No. 55. 1892.) LOHNSTEIN giebt eine Verbesserung der zum Elektrouretbroskop von OBERLÄNDER angegebenen Charnier-Obturators an. Er fand, dafs bei Schwellungszuständen in der Pars posterior es häufig nicht gelang, den Obturator nach Einführung des Instrumentes zu entfernen, weil die geschwollenen Abschnitte sich dem Schnabel derselben fest angeschmiegt und verhindert hätten, dafs derselbe seine Winkelstellung aufgebe. Einmal habe sich bei Lockerung der Schraubenvorrichtung der Schnabel des Obturators von der Führungsstange getrennt und sei in die Blase gefallen. Er schreibt diesen Unfall der „sehr primitiven und unzweckmäfsig angebrachten" Schraubenvorrichtung zu, und er verbesserte dieselbe in der Weise, dafs er den die Lockerung vermittelnden Mechanismus mit einer Hemmung versah, so dafs die Schraubenvorrichtung nicht über eine bestimmte Anzahl von Windungen zurückgedreht werden kann. Aufserdem gab er der Führungsstange einen gröfseren Durchmesser.

Seit einigen Monaten wende ich in der Poliklinik Dr. UNNAS den OBERLÄNDERschen, von Hirschmann-Berlin bezogenen Obturator an, und wenn es mir auch stets ohne jede Mühe gelungen ist, den Obturator, auch bei Schwellungszuständen der Pars posterior, frei und leicht zu entfernen, so haben sich mir doch andere Nachteile geboten, welche die Brauchbarkeit desselben aufserordentlich beeinträchtigen.

Als den wesentlichsten Nachteil möchte ich die winkelige Knickung bezeichnen, welche die Einführung in die Pars posterior oft nur unter grofsen Schmerzen des Patienten gestattet. Zudem bieten die scharfen Kanten des Tubus der Schleimhaut einen so grofsen Widerstand, dafs selbst bei starker Einfettung des Instrumentes Blutungen oft nicht vermieden werden können. Diesem Übelstande sucht LOHNSTEIN dadurch zu begegnen, dafs er das zungenförmige Ende des schräg abgeschnittenen Tubus ventralwärts kehrt. Gemäfs meiner Erfahrung mit dem Instrumente wird auch diese Änderung in der Stellung des einzuführenden Tubus die Nachteile kaum beseitigen. Endlich finden sich an dem Charniergelenke so viele Winkel, Ecken und Ausbuchtungen, dafs auch dieses leicht Verletzungen der Mucosa setzt und aufserdem für Mikroorganismen einen Ansiedelungsplatz darstellt. Wegen dieser grofsen Nachteile des OBERLÄNDERschen Charnier-Obturators habe ich mich veranlafst gesehen, ein Katheterspeculum für die Pars posterior anzugeben, welches alle Nachteile des OBERLÄNDERschen Instrumentes vermeidet. Ich hoffe, in einiger Zeit über die Einrichtung desselben und über seine Brauchbarkeit nähere Mitteilungen machen zu können.

A. Straufs-Hamburg.

Zur Physiologie der sexuellen Impotenz, von E. R. PALMER. (*New York Med. Journ.* 2. VII. 1892.) Einige sachlich gehaltene, philosophische Betrachtungen über die Mittel, um die sexuelle Leistungsfähigkeit bei beiden Geschlechtern möglichst lange und in normaler Weise zu erhalten, wobei sich Verfasser mehr auf die ethische als die medikamentöse Behandlung bezieht. *Philippi-Nieheim.*

Antiseptische Kataphorese bei Behandlung von Erkrankungen am Uterus und deren Adnexa nebst einer Beschreibung eines neuen Instrumentes und Bericht über einen Fall, von W. A. BRIGGS. (*Occid. Med. Times.* Juli. 1892.) Bei einer Frau mit schankrösen Geschwüren an der Portio vaginalis uteri und dem Cervicalkanal hat Verfasser mittelst seiner verbesserten, intrauterinen Elektrode (die mit einer intrauterinen Spritze und Speculum verbunden ist) schnelle Heilung erzielt. Er vindiziert für diese Methode der Kataphorese vollständige Antisepsis, Gefahrlosigkeit und schnellen Erfolg. *Philippi-Nieheim.*

Ein Fall von Orchitis nach Kraftanstrengung, von VERHOOGEN. (*La Policlinique.* 1892. No. 6.) Gonorrhoische Infektion, Tuberkulose oder irgend welche andere Ursache als eben die Kraftanstrengung konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Verschiedenes.

Ein weiterer Fall von sogenannter Flughautbildung, von KARL BASCH. (*Prag. med. Wochenschr.* 26. 1892.) An drei bereits früher beschriebene Fälle reiht Verfasser jetzt noch einen vierten Fall von Flughautbildung in der Kniekehle an. Dieselbe war rechts nur angedeutet, auf der linken Seite dagegen erreichte sie einen mittleren Grad. Dort fand sich eine Kniegelenkkontraktur von etwa 140°, sowie die

Kardinalsymptome der Hautduplikatur, Verkürzung und Einwärtslagerung des Hüftnerven; links dagegen eine Kontraktur von 110° und eine bereits intra vitam erkannte Verwachsung des M. semitendinosus mit der Achillessehne. Aufserdem zeigte das Kind die auch bei anderen Fällen konstatierten, sehnigen Verwachsungen der Mundhöhle und eine auffallende Gröfse der Füfse. Eine operative Korrektur war nicht möglich, da das Kind (Mädchen) bereits in der 9. Woche starb. Die Sektion ergab im allgemeinen eine Bestätigung der anatomischen Diagnose und ferner das Fehlen jeglicher Abnormitäten des Rückenmarks. Verfasser ist geneigt, diese Fälle auf äufsere, mechanische Einwirkungen zurückzuführen, wie denn bei diesem Fall die Menge des Fruchtwassers bei der Geburt als ganz auffällig gering angegeben wird.

Philippi-Nieheim.

Über die Anwendung des Äthylchlorids als Lokalanaestheticum in der Dermatotherapie, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1892, No. 26.) Das bei 10° schon siedende Äthylchlorid, welches in zugeschmolzenen, an einem Ende schnabelförmig mit kapillärer Öffnung zulaufenden Glasröhrchen in den Handel kommt, eignet sich vorzüglich zur localen Anästhesie, indem aus einer Entfernung von 30—50 cm ein Strahl auf die Haut nach Abbrechen der Spitze gerichtet wird. Die Stelle mufs weifs, trübe und undurchsichtig werden. Schleimhäute kann man, da die Kalkwirkung einen Schmerz auslöst, vorher mit Karminlösung bepinseln. Zur Eröffnung von Furunkeln, Bubonen, bei Lupus, Skarifikationen, Aknepusteln etc. ist es sehr gut verwendbar. Cave Feuer!

Jessner-Königsberg i. Pr.

Stahlinstrumente reinigt man am besten so, dafs man sie mit Holzasche und weichem Wasser von jeder Spur Fett befreit. Dann kommen sie auf einige Stunden in eine schwache Lösung von Salzsäure (10—15 Tropfen auf 30 g Wasser) und werden mit reinem, weichen Wasser abgewaschen. Hierauf legt man sie für 10—24 Stunden in eine gesättigte Chlorzinnlösung, wäscht sie danach in reinem Wasser und trocknet sie sorgfältig. Der Stahl sieht dann wie vernickelt aus.

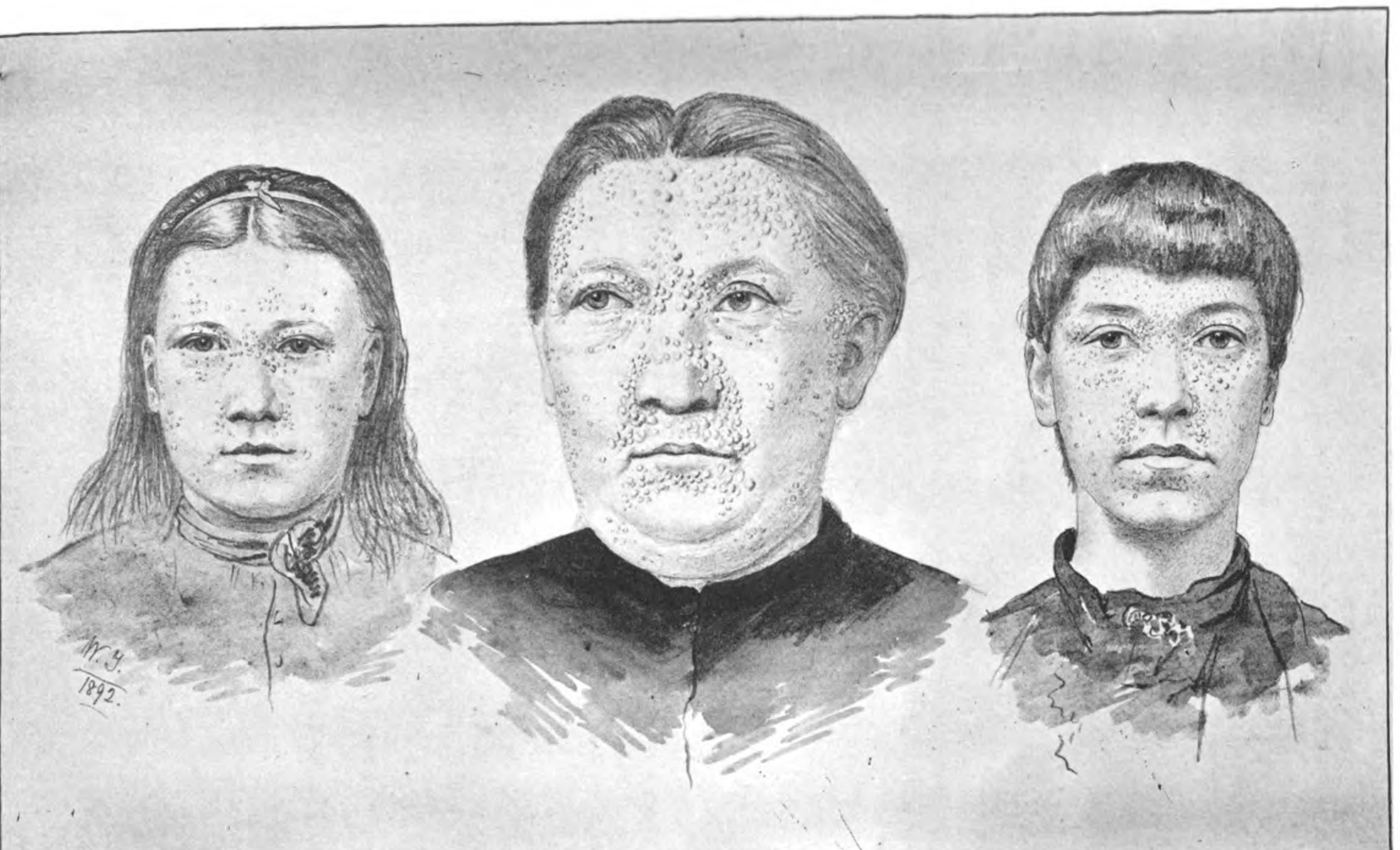
Rostflecke entfernt man von Instrumenten durch Bestreichen mit: 15,0 Cyankalium, 15 g weicher Seife, 30,0 Schlemmkreide, mit Wasser zu einer Paste verarbeitet; alsdann abreiben und mit Öl frottieren. (*Korresp.-Bl. f. Zahnärzte,* April 1892.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Berichtigung.

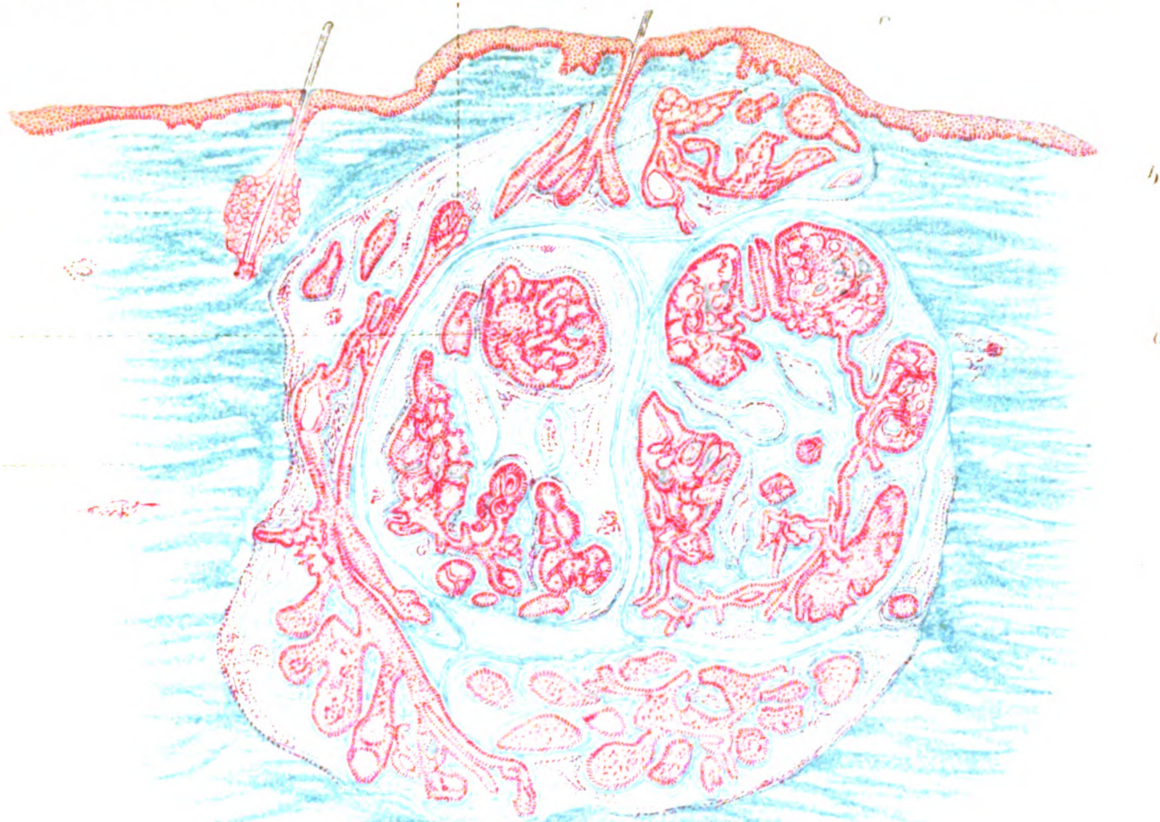
In meinem Referate über Welanders Abortivbehandlung der Gonorrhoe pag. 401 ist irrtümlicher Weise von der Applikation einer 20%igen Argent. nitric.-Lösung die Rede, während Welander thatsächlich nur eine 2—3%ige Lösung anwendet.

C. Berliner-Aachen.



BROOKE. EPITHELIOMA ADENOIDES CYSTICUM.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).


Fig 1.

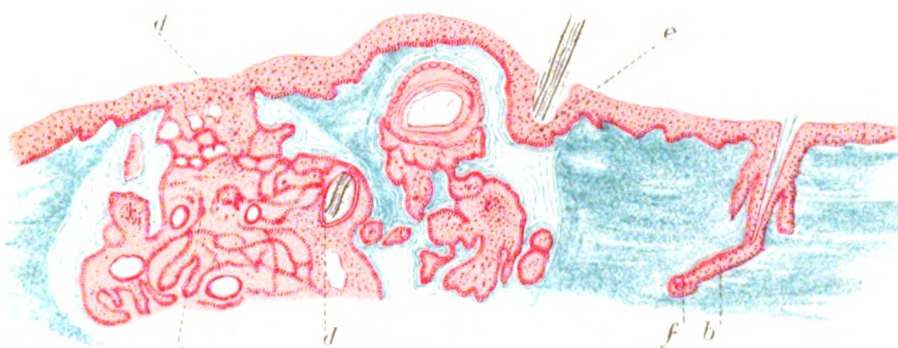
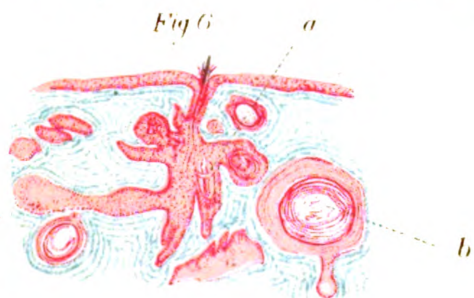
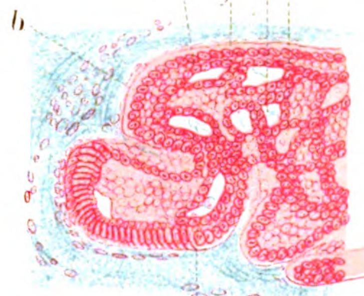

Fig 2.


Fig 3.


Fig 4.


Fig 5.


Fig 6.


Fig 7.

Epithelioma Adenoides Cysticum
(BROOKE.)

G. B. del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Sachverzeichnis.

E.-H. = **Ergänzungsheft.**

Namenregister.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Dermatologische Studien.

1. Heft. (1. Reihe Heft 1.) **Die Lepra-Bacillen** in ihrem Verhältnis zum Hautgewebe. Von Dr. ***P. G. Unna.*** — **Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra.** Von Dr. ***Adolf Lutz.*** — Mit einer chromolithographischen Tafel und einer Abbildung in Holzschnitt. 1886. ℳ 5.—.

2. Heft. (1. Reihe Heft 2.) **Ichthyol und Resorcin** als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel. Von Dr. ***P. G. Unna.*** 1886. ℳ 1.60.

3. Heft. (1. Reihe Heft 3.) **Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. — Zur Kenntnis des elastischen Gewebes der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Mit 3 chromolithographischen Tafeln. 1887. ℳ 5.—.

4. Heft. (1. Reihe Heft 4.) **Die Rosaniline und Pararosaniline.** Eine bakteriologische Farbenstudie von Dr. ***P. G. Unna.*** 1887. ℳ 2.—.

5. Heft. (1. Reihe Heft 5.) **Zur Lehre von den Erythemen.** Von Prof. Dr. ***Polotebnoff,*** Vorstand der Dermatologischen Klinik der Militär-Medizinischen Akademie zu St. Petersburg. Mit 7 Holzschnitten. 1887. ℳ 6.—.

6. Heft. (1. Reihe Heft 6.) **Über ein kombiniertes Universalverfahren, Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen. — Zur pathologischen Anatomie der Lepra. — Beitrag zu den Pilzbefunden bei Mykosis Fungoides.** Von Dr. ***Hermann Kühne*** (Wiesbaden). Mit 2 lithographischen Tafeln. 1887. ℳ 3.—.

7. Heft. (1. Reihe Heft 7.) **Über die schwarze Haarzunge.** Von Dr. ***Fr. Brosin,*** Assistenzarzt an der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. Mit 2 lithographischen Tafeln. 1888. ℳ 2.40.

8. Heft. (2. Reihe Heft 1.) **Über Seifen.** Mit besonderer Berücksichtigung und Angabe von neuen medizinischen Seifen. Von Dr. ***P. J. Eichhoff,*** Oberarzt der Abteilung für Hautkrankheiten in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld. 1889. ℳ 1.60.

9. Heft. (2. Reihe Heft 2.) **Zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie.** Neu herausgegeben von Dr. ***P. G. Unna.*** 1889. ℳ 2.—.

Inhalt: Einleitung von Dr. ***P. G. Unna.*** — Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der Epidermis und Cutis der Palma manus, von Dr. ***E. Oehl.*** — Zur Funktion der Knäueldrüsen, von Dr. ***G. Meissner.***

10. Heft. (2. Reihe Heft 3.) **Neue Studien über Syphilide.** Von Dr. ***P. Tommasoli*** und Dr. ***P. G. Unna*** 1890. ℳ 2.—.

Inhalt: Über tertiäre Syphilide. Histologische und klinische Untersuchungen, von Dr. ***P. Tommasoli.*** — Neurosyphilide und Neurolepride, von Dr. ***P. G. Unna.***

11. Heft. (2. Reihe Heft 4.) **Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose.** Von Dr. ***Geyl.*** Mit 2 Tafeln. 1890. ℳ 2.—.

12. Heft. (2. Reihe Heft 5.) **Über die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems.** Von ***L. Duncan Bulkley,*** A. M. M. D. — **Psoriasis.** Von Prof. Dr. ***A. G. Polotebnoff.*** Mit 8 Holzschnitten im Text. 1891. ℳ 3.—.

13. Heft. (2. Reihe Heft 6.) **Beitrag zur Würdigung der medikamentösen Seifen unter Zugrundelegung von Seifen in flüssiger und weicher Form.** Von Dr. ***F. Buzzi.*** 1891. ℳ 2.—.

14. Heft. **Topographie des elastischen Gewebes innerhalb der Haut des Erwachsenen.** Von Dr. ***Ludwig Zenthoefer.*** Mit 2 chromolithographischen Tafeln. 1892. ℳ 2.40.

